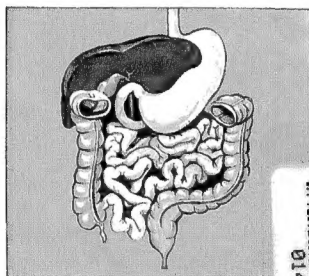


الجهاز الهضمي

أمراضه والوقاية منها

الأستاذ الدكتور
أبو شادي الروبني



0145675

مركز الأهرام
للترجمة والنشر



اعرف صحتك

⑥

الجهاز الهضمي

أمراضه والوقاية منها

المؤلف: الدكتور أبو شادي الروي

الطبعة الأولى

١٤١٢ هـ - ١٩٩١ م

جميع حقوق الطبع محفوظة

الناشر : مركز الأهرام للترجمة والنشر

مؤسسة الأهرام - شارع الجلاء القاهرة

تليفون : ٧٤٨٢٤٨ - تلكس ٩٢٠٠٢ يوان

المحتويات

الصفحة

٧	■ مقدمة : طب الجهاز الهضمي وتاريخه
١٣	□ الفصل الأول : وسائل الفحص
١٤	- الفحص الإكلينيكي
١٦	- الفحص المعملی
١٨	- الفحص التصويری
٢٠	- الفحص المنظاری
٢٣	- الفحص الباثولوجی
٢٥	□ الفصل الثاني : الفم
٢٥	- جفاف الفم والحلق
٢٦	- فقد حاسة الطعم
٢٦	- تغير طعم الفم وفساد رائحته
٢٦	- حرقة الفم واللسان
٢٧	- ألم الفم والأسنان
٢٧	- اللسان الأبيض
٢٧	- اللسان الأسود
٢٧	- تلون الفم واللسان واصطباهما
٢٨	- اللسان الجغرافي
٢٨	- تلون الأسنان

الصفحة

٢٨	- خلخلة الأسنان ومقوطةا المبكر
٢٨	- نزف اللثة
٢٨	- قروح الفم
٣٠	□ الفصل الثالث : المرىء
٣١	- عسر البلع
٣٤	- فتق الحجاب الحاجز
٣٤	- الارتجاع من المعدة إلى المرىء
٣٦	- التهاب المرىء
٣٦	- أورام المرىء
٣٩	□ الفصل الرابع : المعدة
٤١	- عسر الهضم
٤٦	- الغثيان والقيء
٤٩	- التهاب المعدة
٥٢	- القرحة الهضمية
٥٨	- أورام المعدة
٦٠	- نزف الجهاز الهضمي
٦٥	□ الفصل الخامس : الأمعاء
٦٧	- الإسهال
٧٣	- الإمساك
٧٩	- سوء الامتصاص
٨٤	- المعى العصبى
٩٠	- أورام الأمعاء

الصفحة

٩٣	- التهابات الأمعاء
١١٤	- الديدان المعوية
١٢١	□ الفصل السادس : الشرج
١٢١	- البواسير
١٢٣	- الشرج الشرجى
١٢٣	- الخراج والفاسور
١٢٤	- تدلى الشرج
١٢٤	- سلس البراز
١٢٥	- الحكة ، والتهاب الجلد حول الشرج
١٢٦	□ الفصل السابع : البطن الحاد
١٢٦	- أسبابه وعلاماته
١٢٨	- التهاب الزائدة الدودية
١٢٩	- حمى البحر الأبيض المتوسط
١٣١	- الاتسداد المعوى
	□ الفصل الثامن : أمراض الجهاز الهضمي
١٣٣	- فى مراحل وظروف معينة
١٣٣	- فى الطفولة
١٣٧	- فى الشيخوخة
١٤١	- فى الحمل
١٤٢	- فى مرضى السكر
١٤٤	- فى مرضى الجلد
١٤٧	■ كلمة أخيرة للقارئ

مقدمة

طب الجهاز الهضمى وتاريخه

اهتم الإنسان بالجهاز الهضمى ومشاكله منذ أقدم العصور ، فطعامه وشرابه شغله الشاغل وهمه اليومى ، وأعضاء الهضم كالمعدة والأمعاء واضحة فى أجساد الحيوانات ، ووظائفها مفهومة وجليّة ، وأمراض الجهاز الهضمى وأعراضه كالقئ أو الإسهال مشاكل لا يخلو منها إنسان . كان الإنسان البدائى يشعر أنه فى قبضة قوى تسيطر على الطبيعة وتتجاوزها ، وكان يؤمن بالخرافة ويلجأ إلى السحر والشعوذة ويستعين بالتائم والطلاسم . وكان أيضا يمارس نوعا بدائيا من الطب التجريبي ، وهو العلاج بالأعشاب وغيرها من منتجات الحيوانات ، وميّز فيها بين النافع والضار .

ثم ارتقى الإنسان فى مهاد الحضارات وأحواض الأنهار العظيمة : مصر وبابل والهند والصين . نشأت جنور الأسطورة ، وبزغ فجر الدين . وكونت كل حضارة تصوّرها عن الطب وأمراضه . كان أطباء مصر ، وعلى رأسهم « إمحوتب » أصحاب خبرة وقوة ملاحظة ، والبرديات تسجل الكثير من صنوف الأدوية وعلاج الجروح وخلع المفاصل وكسر العظام . وفى بابل سَن الملك « حمورابى » قانونه المشهور الذى ينظم العلاقة بين الأطباء والمرضى ، ويعاقب الإهمال بأوخم العقاب . وكان البابليون أيضا أصحاب دراسة وتحجيم ، وعُرف عن أطبائهم أنهم كانوا يتنبأون بمستقبل المريض بطريقة غريبة ، وهى فحص الكبد فى حيوان مذبح واستطلاع مصيره من شكله . وفى الهند وصف الأطباء مئات الأمراض ، وفصلوا أعراض المل

والجدري والجذام ، وكانت لهم فى العلاج خمس طرائق غرضها إطلاق مواد الجسم الفاسدة المحبوسة ، وهى الاستفراغ ، والإسهال ، والتعريق ، والعطس بالسعوط (النشوق) ، وفصد الدم . أما الصينيون فكانوا يؤمنون بوجود قوتين أساسيتين تحكمان كل شىء فى الكون وفى الإنسان ، وهما « يِن » و « يانج » ، وتمثلان الأرض والسماء ، الأنثى والذكر ، السلب والإيجاب . وفسروا الأمراض كلها على أساس من الصراع بين القوتين ، واستعملوا الأعشاب والوخز بالإبر لعلاج جميع العلل ، وكانوا أحيانا يجمعون بين الوسلتين ويضيفون إليهما الكى . ومازال كل من القنب الهندى (الحشيش) والجنمسنج (المنشط للحوية) والراولفيا (علاج ضغط الدم) شائع الاستعمال حتى الآن .

ثم تقدم الإنسان خطوة أخرى من أحواض الأنهار إلى حوض البحر الأبيض المتوسط : حضارة اليونان وروما . كان « أبقرات » هو قمة الطب اليونانى ، دعا إلى المشاهدة والتجربة ، وأنكر الخرافة والأسطورة ، ووصف الأعراض والعلامات بدقة ، ونبه إلى أهمية التفريق بين الأمراض ، وحذر من العلاج العشوائى ، وأهاب بالأطباء جميعا أن يلتزموا بأداب المهنة وأخلاقيها الفاضلة . ومازال قسَم أبقرات هو ميثاق الطب إلى يومنا هذا ، وحكمته المشهورة : « فن الطب طويل ، والعمر قصير ، والفرصة سريعة الزوال ، والحكم صعب » . أما « جالينوس » فقد عاش بعد أبقرات بستة قرون ، وكان هو الآخر قمة الطب فى زمنه ، واستمر أثره قرونا عديدة بعده . اعتمد جالينوس فى دراساته على الحيوانات لأن تشريح الجسم البشرى كان محرما فى الدين ، وطوّر جالينوس نظرية « الأخلاط الأربعة » كتفسير لفهم طبيعة الإنسان وأسباب أمراضه ووسائل علاجه . وخلاصة هذه النظرية ، وجذورها بعيدة ومصادرها متعددة ، أن الكون الكبير (الماكرو كوزموس) مكون من عناصر أربعة هى التراب والماء والهواء والنار ، وأن القوى الكامنة فى هذه العناصر أربع : النّيس والرطوبة والحرارة والبرودة .

ويقابل هذه العناصر والقوى فى الإنسان (وهو الكون الصغير أو الميكرو كوزموس) أربعة أخلاط هى الدم والبلغم والوزة الصفراء (إفراز الكبد) والمرّة السوداء (إفراز الطحال) ، وهذه الأخلاط هى أجسام سيالة يستحيل إليها الغذاء . والصحة هى الحالة التى تتعادل فيها الأخلاط تعادلاً تاماً ، والمرضى ينشأ من وفرة أحدها وتغلبه على بقية الأخلاط ، ومن هنا نجد صاحب المزاج الدموى ، وصاحب المزاج الصفراوى ، والبلغمى ، والسوداوى . والشفاء لا يتم إلا بكسر حدة الخلط وعودته إلى التعادل ، ويكون ذلك بأن يتخلص منه الجسم بإحدى وسائل إفرازه ، وتساعد على ذلك الأغذية والأدوية ، وهى على أنواع حسب كل خلط وما يناسبه .

ثم جاء العصر الوسيط تسوده حضارة العرب شرقاً وغرباً ، وتنهل من كل المصادر . ترجم العرب ضمن ما ترجموا طب اليونان وتراثه ، وتأثروا بأفكار جالينوس ونظرية الأخلاط الأربعة علماً وعملاً . ولكنهم لم يكونوا مجرد نقل ، بل انتقدوا كثيراً من آراء جالينوس وتجاوزوها . وكان احتكاكهم إلى المشاهدة والتجربة ، فأبو بكر الرازى يفرق بين الجدرى والحصبة ، وعبد اللطيف البغدادى يصحح أخطاء جالينوس فى تشريح العظام ، وابن النفيس أيضاً يفند آراء جالينوس فى تشريح القلب ويكتشف الدورة الدموية ، والزهرراوى يفتح آفاقاً جديدة فى الجراحة ويبتكر الكثير من آلتها . ويضيق المقام هنا عن الإفاضة فى أمجاد الطب العربى ، ولكننا نود فى مقدمة كتابنا أن نلفت النظر إلى اهتمام العرب عامة وأطبائهم خاصة بوظائف الجهاز الهضمى ومشاكله الطبية ، إيماناً بأن المعدة بيت الداء ، والجُمىة رأس الدواء ، وابن سينا فى « الأرجوزة الطبية » ينصح الناس بأصول التغذية السليمة :

أطبل زمان الأكل تستئتمه ويقق الممضوغ تستهضمه
إن شئت أن تنجو من التياث فالجوف قسّمه على ثلاث
للنفس الثلث وللغذاء ثلث وباقيه مكان الماء

وفى كتاب « الغذاء والمغذى » لابن أبى الأشعث قصة طريفة تدل على أن العرب مارسوا نوعاً من الطب التجريبي . قال : « إن الغذاء إذا حصل فى المعدة وهو كثير الكمية تمددت تمدداً يمسط مائثر غضونها ، كما رأيت ذلك فى سبع شريحته حياً (١) بحضرة الأمير الغضنفر ، وقد استصغر بعض الحاضرين معننه ، فتقدمت بصب الماء فى فمه ، فمازلنا نصب فى حلقه دورقاً بعد آخر حتى عدنا من الدواق عدداً كان مقدار ما حوت نحو أربعين رطل ماء . فنظرت إذ ذلك إلى الطبقة الداخلية وقد امتدت حتى صار لها سطح مستو ليس دون استواء الخارج . ثم شققناها ، فلما اجتمعت عند خروج الماء منها عاد غضون الطبقة الداخلية ، والبواب (أى الفتحة البوابية للمعدة) يشهد الله فى جميع ذلك لا يرسل نفسه (أى لا يرتخى) . »

وصف الأطباء العرب أمراض الجهاز الهضمى والكبد ، وصفا مسهباً ينطق بقوة الملاحظة ودقة التشخيص : قروح المرء والمعدة والأمعاء ، أسباب قىء الدم ، خراج الكبد وأورامه ، أسباب اليرقان ، أنواع الاستسقاء (زقى وطبلى ولحمى) وكيف يستفرغ ماء الاستسقاء : « يجب أن تنزل أسفل السرة قدر ثلاثة أصابع مضمومة » ، أمراض القولون ومنها القروح ، وزحير (تعنية) المستقيم وورمه ، والالتواء ، والفنق ، والديدان ، والبراز اليابس ، ثم ما نسميه الآن بالقولون العصبى وكان ابن سينا يسميه « القولنج الريحي » وأهم علاماته : القراقر ، و « البنادق » . وكان الأطباء العرب يهتمون كثيراً بالأغذية ويقدمونها فى المرتبة الأولى على الأدوية . انظر إلى قول الرازى : « مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية ، ومهما قدرت أن تعالج بدواء مفرد فلا تعالج بدواء مركب » . وكان ابن زهر الطبيب الأندلسى يقول : « أقسم بالله أنى ما سقيت دواءً قط مسهلاً إلا واشتغل بالى قبله بأيام ويعدة بأيام ، فإنما هى سموم ، فكيف حال مدبر السم ومسقيه ؟ » . إلا أن العرب أيضاً اهتموا اهتماماً كبيراً بالأدوية وتفننوا فى وصفها وتقسيمها وذكر منافعها وطرق استعمالها ، فمنها المفرد ومنها المركب ، ومنها ما هو أصل

نباتى أو حيوانى أو معنى . وهم يوصون مثلا بأقراص الطباشير (كريات الكالسيوم) فى علاج الحموضة وقرحة المعدة ، وبالأفيون والبنج والعص لقرح الأمعاء ، والكمون والنعناع للمغص ، والسنامكى للإمساك ، والبابونج للانتفاخ ، والسرخس وقشر الرمان والزعر والقرمس والشيح لطرد الديدان .

ترجم الطب العربى إلى اللاتينية ، وظلت كتب المجوسى والزهرأوى وابن سينا مصدرا لأوروبا قرونا عديدة . ثم جاء عصر النهضة فانتقل العلم والطب نقلة كبيرة . وكانت الجامعات الجديدة فى ساليرنو وبولونيا ويادوا فى إيطاليا ، وفى مونبليه وباريس فى فرنسا ، ثم فى إنبره وكمبرج بانجلترا ، كانت كلها سبّاقة إلى البحث والتجريب متأثرة بالمنهج العلمى وبأهمية القياس الدقيق . تُرس الجسم البشرى دراسة تشريحية مفصلة صححت كلام جالينوس ، ووصف « وليم هارفى » تجاربه على الدورة الدموية وعلى تكوين الأجنة ، إلا أن أهم حدث فى هذه المرحلة كان اختراع الميكروسكوب والعالم الجديد الذى فتحه لنا : عرفنا تركيب أنسجة الجسم وخلاياها ، ورأينا الكائنات الدقيقة كالبكتريا وغيرها من مصادر العدوى والمرض ، وتبلورت نظرية الجراثيم وتطبيقاتها العملية كاستعمال التعقيم فى الجراحة والتطعيم فى الوقاية من الأوبئة . وواكب هذا التقدم المذهل فى فهمنا لبنية الجسم وتركيبه تقدم مواز فى فهمنا لوظائفه وكيميائه . وفسر لنا « كلود برنار » كيف أن الجسم يركز فى أدائه على مبدأ واحد ، وهو المحاولة الدائبة على ثبات بيئة الجسم الداخلية فى مواجهة بيئة خارجية متغيرة . كانت أيضا هذه هى المرحلة التى تقدم فيها الفحص الطبى تقنما ملحوظا ، وخاصة استعمال السماعة (السماعة) لفحص دقات القلب وأصوات الرئة ، وفحص أمراض النساء والولادة ، وغيره من مبتكرات الآلات الجراحية .

وانتقلنا إلى العصر الحديث ، القرنين التاسع عشر والعشرين ، انتقلا متسارعا يدمشنا كل يوم بجديد : التخدير من الإثير والكلوروفورم إلى آفاق

لم تكن نحلم بها فى جراحة القلب والمخ ؛ العلاج الكيمايى من مركبات الزرنيخ لمرض الزهري إلى أدوية السلقا والمضادات الحيوية وعلاج الملاريا ؛ دراسات الغدد الصماء وإفرازاتها (الهرمونات) واكتشاف الإنسولين والكورتيزون ؛ اكتشاف الفيتامينات ؛ المفاهيم الحديثة عن المناعة وأمراضها وتطبيقاتها ، الخ ... وبرزت فى الطب الحديث سمة واضحة تفرض نفسها بحكم طبيعة النمو والتطور ، وهى ظاهرة التخصص ، وبعد أن كنا نصنف الأطباء إلى باطنيين وجراحين عامين ، تفرعنا إلى تخصصات محددة تملئها طبيعة الجسم وتركيب أجهزته ، وإن كنا لا نزال نؤمن بترباط المعرفة وبأن الإنسان كُلى متكامل . ولاشك أن طب الجهاز الهضمى ودراساته فى نصف القرن الأخير قد أفاد كثيرا وغير من المفاهيم والوسائل ، فهى فى الواقع ثورة شاملة علميا وعمليا .

سنعرض إذن فى كتابنا عن الجهاز الهضمى عرضا منطقيا يتسلسل مع أجزاء القناة الهضمية من الفم إلى الشرج ، م مهدين لكل جزء بمدخل موجز يصف تركيبه ووظائفه . ورأينا أن نبدأ الكلام بفصل يشرح وسائل الفحص والتشخيص المختلفة ، ويتجنب الدخول فى التفاصيل ، ويحاول ، قدر الإمكان ، ألا يرهق القارئ بالمصطلحات العلمية الغريبة . أما ملحقات القناة الهضمية كالكبد والمرارة والبنكرياس ، فنحتاج إلى معالجة منفصلة لأهميتها وتشعب موضوعاتها .

والله ولى التوفيق .

الفصل الأول

وسائل الفحص

الطب علم وفن ، وهو أيضا منطق وفلسفة .

فالطب جماع كل المعارف البشرية ، لأنه موضوع الإنسان ، وهو أيضا هدف الإنسان . والطبيب فى اقتحامه المجهول أشبه بالمخبر أو المحقق فى الروايات البوليسية ، هدفه اكتشاف العقدة وحل المشكلة . وهو يتوصل فى ذلك بكل وسائل الفحص المتاحة ، ويلقى الأضواء من جميع الزوايا . هو يستعين بحواسه الخمس : السمع والبصر والشم والذوق (*) . وهو يستخدم طرق الكيمياء الحديثة ، ومجالات الفيزياء من صوت وضوء وكهرباء والكترونيات . وهو إذ يسجل هذه المعلومات المكثفة ويجمع الخيوط المتشابكة لا يقف منها موقف المتفرج ، بل عليه أن ينسج منها صورة متكاملة أقرب ما تكون إلى الحقيقة ، فهو فى حوار دائم بين الممكن والموجود ، بين الظاهر والباطن ، بين الظن واليقين ، ومَحْكُهُ دائما هو الاحتكام إلى الواقع . فالتشخيص فى الطب ، والمنطق فى الفلسفة ، وجهان لعملة واحدة : التفكير العقلانى .

سنعرض إذن عرضا موجزا لوسائل الفحص الرئيسية فى تشخيص أمراض

(*) صدق أو لا تصدق : كان أطباء العرب يقولون بول للمرضى لاكتشاف داء السكر .

الجهاز الهضمي ، وهى تخصصات قائمة بذاتها تحتاج إلى مجلدات ، ولكننا أثرنا التركيز على المبادئ الأساسية .

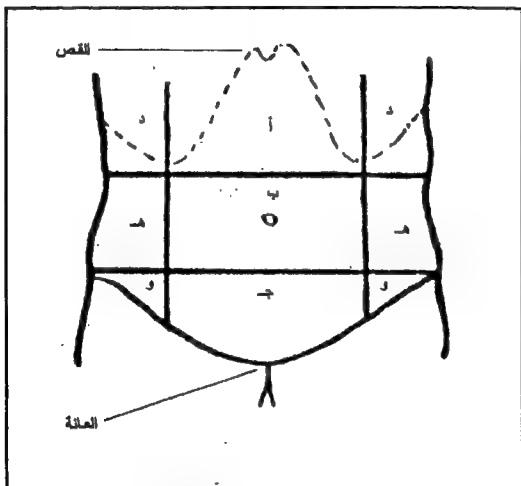
(١) الفحص الإكلينيكي

نعنى بالفحص « الإكلينيكي » ، وترجمته الحرفية « الفحص السريري » ، أن نفحص المريض فحصا مباشرا وهو راقد فى السرير أو فى زيارته للعيادة ، وذلك باستعمال الوسائل الطبيعية البسيطة : العين (المعاينة) ، واليد (الجَمَسَ والقرع) ، والأذن (للتسمع) .

وأول شيء نفعله فى لقائنا مع المريض أن نصغى إليه جيدا ونستمع إلى قصته ، وشكواه ، وأعراضه . وإذا كان الصبر نصف الإيمان ، فالاستماع نصف التشخيص . علينا مثلا أن نسأل المريض : ماذا يعنى بالألم ؟ أهو تقلص ومغص ، أم طعن أشبه بالسكين ، أم حرقان كاللهيب ؟ أين مكانه ؟ وهل هو ثابت أم متقل ؟ وهل هو مستمر أم متقطع ؟ متى بدأ ، وكيف تحول وتطور ؟ هل هو مرتبط بالجوع ، أو بالأكل ، أو بالتبرز ؟ هل تصاحبه أعراض أخرى ، كالقيء مثلا أو الإسهال ؟ إن شكاوى المرضى وحكاياتهم تتباين تبائنا شديدا ، منهم المُوَلِّ فى كلامه ومنهم الشكَّاء البكَّاء . وعلى الطبيب أن يساعد مريضه ويقوده ، وعلى المريض أيضا أن يساعد طبيبه ويفصّل أعراضه ، وكلاهما ، الطبيب والمريض ، شريكان فى محاولة حل المشكلة والوصول إلى علاجها ، أساسها الثقة المتبادلة وروحها التفاهم والتعاطف .

عندما يستلقى المريض على السرير ويكشف عن بطنه فإنه ينظر إلى الطبيب متوجسا ليحدد موقفه منه ، لأن البطن ، بعكس الصدر ، مكشوف ومعرض للجسم و « الفحص » ، ولذلك نحاول من أول نظرة أن تكسب صداقة المريض وصداقة بطنه ، وذلك بأن نفرق بلمسه وجسمه حتى تسترخي

عضلات البطن وتكشف عن مكنونه . وفحص البطن والبحث عن علاماته
يتبع عادة خريطة تقسم البطن إلى ٩ مناطق (شكل ١) : ثلاث في الوسط :



شكل (١) : رسم توضيحي لمناطق البطن

فم المعدة ، ووسط البطن حول السرة ، وفوق العانة ، ويرمز إليها في الشكل
بالرموز أ ، ب ، ج على الترتيب . ثم ثلاث في كل جانب : المَرَأَق ،
وَالْقَطَن ، والحفرة الحَزَفِيَّة ، ويرمز إليها في الشكل بالرموز د ، هـ ، و على
الترتيب . ففي فم المعدة مثلا نفكر في أمراض المريء والمعدة

والاثنا عشرى ، وفى الفص الأيسر للكبد ، وفى البنكرياس . وفى الربع العلوى الأيسر نبحث عن تضخم الطحال ، أو عن القولون . وفى الحفرة الحرقية اليمنى نفكر فى احتمالات كثيرة : التهاب الزائدة الدودية ، أو التهاب القولون ، أو تدرن الأمعاء ، أو التهاب المبيض والبرق فى النساء . وهكذا نمر على مناطق البطن واحدة بعد أخرى ، مستعملين كل وسيلة متاحة ، بالعين الفاحصة ، واليد الحساسة ، والأذن المرفهة بمساعدة السماعة (السماعة) . ورغم أن البطن هو جزء الجسم الذى يحوى معظم الجهاز الهضمى وعليه نركز فحوصنا ، إلا أن فحص أجزاء الجسم الأخرى لا تقل عنه أهمية . فالفم واللسان له علاماته ، والقلب له علاقاته ، والأعصاب متغلغلة ومسيطره ، و النفس مزاج الجسم ، كما قال الرازى الطبيب .

(٢) الفحص المعملى

هناك فحوص معملية روتينية ، بسيطة ومفيدة وغير مكلفة ، وهناك فحوص أخرى خاصة ، وموجهة لأغراض معينة .

فحص البراز مثلا من ألزم الفحوص الروتينية لأمراض الجهاز الهضمى ، نتبين شكله وقوامه ولونه ، وهل هو ممتزج بالمخاط أو الصديد أو الدم ، وهل هو أبيض اللون من فرط الدهن فيه أو من نقص إفراز الصفراء ، أو هو أسود اللون من اختلاطه بالدم المهضوم ؟ ثم نفحص البراز فحصا ميكروسكوبيا بحثاً عن بويضات الديدان كالبلهارسيا والانتكستوما والأسكارس ، وعن الطفيليات الأخرى كالأميبيا والجيارديا لامبليا . أما الفحوص الخاصة للبراز فمن أمثلتها فحص البراز للدم المختفى ، وهدفه التعرف على مصادر النزف من القناة الهضمية حتى لو كان قليلا لا يرى بالعين المجردة . ومن أمثلتها أيضا قياس كمية الدهن فى البراز لتشخيص حالات الإسهال الدهنى من مرض فى البنكرياس أو فى الأمعاء . كذلك نحتاج

أحيانا إلى فحص البراز فحصا بكتريولوجيا لاكتشاف ميكروب الدرن (السل) أو لزرع ميكروب التيفود .

أما فحص الدم فله منافع كثيرة . صورة الدم مثلا تكشف عن الأنيميا إذا كانت من نزف في القناة الهضمية ، وزيادة عدد الكرات البيضاء توحى بالتهاب حاد ، وكذلك ارتفاع سرعة ترسيب الدم . وزرع الدم بكتريولوجيا يحدد لنا مصدر العدوى كالحصى التيفودية . أما تحاليل الدم الكيميائية فثنى : وظائف الكبد مثل إنزيمات الكبد(*) ونسبة البروتين ونسبة البروثومبين (اللازم لتجلط الدم) ؛ نسبة إنزيم البكترياس المعروف بالأميلاز ؛ نسبة الصفراء في الدم المعروفة بالبيليروبين ولها دور أساسى فى تشخيص أسباب اليرقان(**) ؛ نسبة السكر فى الدم وعلاقاته المتعددة بالجهاز الهضمى ؛ نسبة إلكتروليات الدم كالصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد ، وكلها عناصر أساسية فى كيمياء الجسم وثيقة الارتباط بالجهاز الهضمى .

وأما التحاليل المناعية والسيرولوجية ، وهى تحاليل تهدف إلى الكشف عن ميكروبات أو مكونات ضارة وأجسام مضادة تتفاعل معها ، فمن أمثلتها تحليل الدم للتيفود (اختبار فيدال) ، والبحث عن فيروسات التهاب الكبدى وآثاره المناعية ، والبحث عن دلالات الأورام فى الأمعاء أو الكبد ، وتشخيص العدوى بالطفيليات كالأميبا والبهارسيا وديدان الكبد وغيرها ، خاصة إذا كانت كامنة فى الأنسجة ولا تعلن عن نفسها بخروج الأكياس أو البويضات فى البراز .

ثم هناك فحوص خاصة لعصارة المعدة وإفرازات الأمعاء والجهاز

(*) الإنزيمات : هى مواد كيميائية تؤدى وظائف وسيطة فى عمليات الجسم .
(**) اليرقان : هو إصفرار الجسم ظاهره وباطنه .

المرارى ينذر أن نحتاج إليها ، كأن نحدد نسبة الحمض فى المعدة ، أو مقدار إنزيمات البنكرياس فى عصارة الاثنا عشرى ، ويتم ذلك بإدخال أنبوب عن طريق الفم أو الأنف إلى القناة الهضمية لشفط محتوياتها .

(٣) الفحص التصويرى

هذا الفحص يرسم شكل الجهاز الهضمى وهيئته بالتصوير ، ويستخدم فى ذلك وسائل متعددة ، أقدمها الفحص بالأشعة السينية . نبدأ أولاً بصورة بسيطة للبطن توضح لنا المعالم الرئيسية للجهاز الهضمى وتوزيع الغاز (الهواء) فيه . فقاعة الهواء التى تملأ قاع المعدة مثلاً تحدد لنا مكانه وشكله ، وهل هو فى وضعه السليم أم هو ملتو . أو منكفىء ؟ والغازات فى جوف الأمعاء هل هى محتبسة من التواء أو التصاق ، أو هى فى حالة شلل عام ؟ وارتفاع الحجاب الحاجز الأيمن هل هو من تضخم أو ورم فى الكبد ، أم هو خراج متجمع فى التجويف البريتونى ؟ والبقع البيضاء المعتمة هل هى حصوات فى المرارة أو رواسب جيرية فى الكبد أو البنكرياس ؟ فإذا أضفنا إلى ذلك تلوين القناة الهضمية بمادة معتمة مثل الباريوم ، أو تلوين المرارة والقنوات المرارية بصبغة خاصة تكشف عنها ، حصلنا على معلومات هامة عن هيئة كل عضو ووظيفته . فالجزء العلوى من القناة الهضمية (المرئ والمعدة والأمعاء الدقيقة) نملؤه « بوجبة باريوم » عن طريق الفم ، أما القولون فنظهر معالمه أوضح إذا حُقن الباريوم بحقنة شرجية . ونبدأ عادة بكمية صغيرة من الباريوم تكشف لنا تضاريس الغشاء المخاطى المبطن للمعدة والأمعاء ، ثم نزيد الكمية فنظهر القروح أو الرتوج أو الردوب (الجيوب) معتلة ، أو تبرز الأورام ناتئة كفجوات فى وسط الباريوم . أماكن الضيق وأماكن التوسع تبدو كلها واضحة ، وحركات الانقباض والانبساط تظهر حية أمام الفاحص .

ثم أضيف بعد جديد إلى التصوير الإشعاعي وهو التصوير المقطعي بأشعة الكمبيوتر ، وفيه توجه الأشعة من زوايا مختلفة حول محور الجسم فى لقطات تتجمع وتكون صورة مقطعية عند مستوى معين ، فهى أشبه شئء بشريحة من شرائح البسطرمة ، أو اللاتشون . هذا الفحص المعقد والمكلف يفيد كثيراً فى تشخيص الأعضاء المصمتة كالكبد والبنكرياس والكلى والطحال ، ولكنه محدود القيمة فى الأعضاء المجوفة كالقناة الهضمية ، أضف إلى ذلك أن كثيراً من مزايا هذا الفحص يمكن الاستعاضة عنه بوسائل أبسط وأسلم وأقل تكلفة باستعمال الموجات فوق الصوتية . ونفس الكلام يسرى على استعمال المسح الذرى بالنظائر المشعة لتشخيص أمراض الجهاز الهضمى ، فأكثره يقتصر على تشخيص الكبد والطحال والمرارة ، وفائدته محدودة وقليلة .

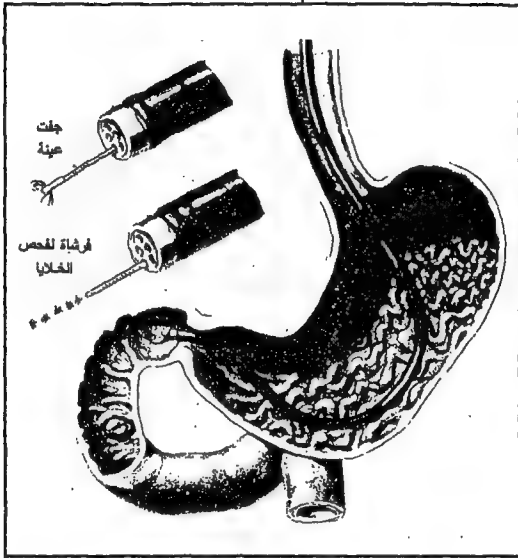
أما الفحص بالموجات فوق الصوتية فيمتاز بسهولة ورخصه وخلوه من خطر التعرض للإشعاع . والمبدأ فيه أن تسلط على الجسم موجات ترددها أعلى من تردد الصوت ، وعندما تخرق هذه الموجات ثم تصطدم مع أجزاء الجسم المتفاوتة فى كثافتها فإنها تنعكس وترتد إلى شاشة تليفزيونية يمكن رؤيتها وتصويرها . وبذلك نميز بين ما هو جامد وما هو سائل وما هو غاز . الكبد والمرارة والطحال والكلى ، ومحتويات الحوض كالرحم والمبيض والمثانة والبروستاتا ، كلها فى متناول الفحص شكلاً وتركيباً . الكبد مثلاً هل هو طبيعى أو متليف ؟ منكمش أو متضخم ؟ والبقعة الغريبة فى وسطه : هل هى كيس نموى أم هى ورم ؟ والمرارة هل هى طبيعية أم ملتهبة ؟ وهل بها حصوات ؟ والطحال ما حجمه وما تكوينه ؟ واليرقان : هل سببه داخلى فى الكبد ، أو خارجى من انسداد فى القنوات الصفراوية ؟ ... عشرات من الأسئلة يجب عليها هذا الفحص ، منها مثلاً حالات الاستسقاء (°) وأسبابه ،

(°) الاستسقاء : هو تجمع سائل مرضى فى جوف البطن .

وأورام العقد اللمفية الدفينة فى جوف البطن ، وقطر الوريد البابى ووريد الطحال ، الخ ... أما البنكرياس ففحصه محدود لأن الغازات تحجب رؤيته جيداً . وأما القناة الهضمية الممتلئة بالهواء فهى أقل الأعضاء فائدة لصعوبة الكشف عن تفاصيلها ، وإن كان الفاحص المدرب يستطيع أن ينبهنا إلى احتمال وجود ورم فى المعدة أو القولون ، أو اتسداد موضعى فى الأمعاء ، أو التهاب حاد فى الزائدة الدودية .

(٤) الفحص المنظارى

كان فحص القناة الهضمية بالمنظار فحصاً محدوداً للغاية حتى عهد قريب ، فقد كانت الوسيلة الوحيدة للنظر إلى جوف القناة هى إدخال أنبوبة أو ماسورة صلبة ومستقيمة تلقى الضوء من خلالها إلى أحد طرفى القناة ، لأن الضوء ، كما هو معروف ، لا يميز إلا فى خطوط مستقيمة . وكانت أقصى مسافة مستقيمة نستطيع أن نعبئها من أعلى ، أى من الفم ، هى ٥٠ سم تشمل المريء وجزءاً محدوداً جداً من المعدة . أما من أسفل ، من الشرج ، فكانت المسافة القصوى هى ٤٠ سم تغطى المستقيم وجزءاً من القولون السينى . كنا كمن نبلع سيفاً من أعلى أو يلبس « خازوقاً » من أسفل ! لا عجب أن ظل استعمال المناظير إلى وقت قريب محدود الفائدة مكروها من المرضى . ثم حدثت ثورة فى ربيع القرن الأخير بفضل استعمال الألياف الضوئية ، من الزجاج أو البلاستيك ، وهى أنه مادام الضوء مستقيماً والقناة الهضمية متعرجة ، فلنستعمل حزمة من الألياف كل ليفة منها مستقيمة ولكنها قصيرة جداً ، ويمكن ترتيب هذه الألياف فى تسلسل مستمر يسمح بمرور الضوء وانعكاسه من ليفة إلى أخرى ، ولكنها فى تتابعها تسير فى مسار متعرج . وهكذا بدلاً من أن نبلع سيفاً ، صرنا نبلع خيوطاً من المكنونة الأليافية المضئة ، وأصبح المنظار متاحاً للتجول والفحص فى أى جزء من القناة

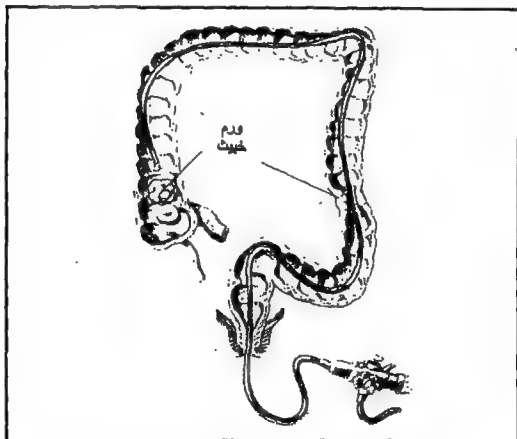


شكل (٢) : منظار المعدة بين قرحة في الجزء
الأول من الاثنا عشرى

الهضمية ، وأمكن أيضا عن طريقه أن تأخذ عينات من أنسجة الأعضاء لقيص
خلاياها وتركيبها ، كما فتح لنا آفاقا جديدة لدراسات خصبة وعلاجات مبتكرة
لم تكن معروفة . إن جولة المنظار بعد دخوله من الفم أو من الشرج أشبه
برحلة في عالم مسحور : هنا الحياة على الطبيعة تموج بالحركة والنشاط ،

تارة تنقبض وتارة تنبسط ، مرة تتورد ومرة أخرى تشحب ، والفاحص في كل مرة لا يملك إلا أن ينبهر بقدرة الخالق وإعجازه ، وبعض الأطباء يشركون المريض في الفحص بوساطة فرع جانبي من المنظار يرى المريض نفسه من خلاله .

نحن عادة نميز بين ثلاثة أنواع من مناظير الجهاز الهضمي (الشكلا ٢ ، ٣) : علوى لفحص المريء والمعدة والاثنا عشرى ، وسفلى لفحص المستقيم والقولون ونهاية التفافى ، ومنظار ثالث لتلوين قناة البنكرياس وقنوات الجهاز المرارى . وهناك منظار رابع نلجأ إليه أحيانا لفحص تجويف



شكل (٣) : منظار قولونى يكشف عن ورمين خبيثين فى القولون ، ولحد فى بداية القولون الصاعد ، والآخر فى القولون النازل

البطن ومحتويات البريتون (*) . وكانت قد نشأت معركة علمية بين أنصار الفحص بالأشعة التصويرية وأنصار الفحص بالمناظير ، كل فريق يحذو وجهة نظره وينتقد الآخر ، ولكن الاتجاه العام الآن أن كلا الفحصين مكمل للآخر وضروري له . وجدير بالذكر أن الفحصين ، التصويري والمنظاري ، لهما مقصورين على التشخيص فقط ، بل لهما استعمالات أخرى علاجية ومبتكرة أضافت كثيرا وأغنت عن بعض الجراحات الخطيرة . ويضيق المجال هنا عن تفاصيل كل هذه الإنجازات المثيرة ، مكتفين بشرح المبادئ العامة التي توضحها .

(٥) الفحص الباثولوجي

علم الباثولوجيا هو فرع الطب الذي يدرس أمراض الجسم والتغيرات التي تحدثها في خلايا الأعضاء وأنسجتها . فحص الخلايا هو السيقولوجيا ، وفحص الأنسجة هو الهستولوجيا . ومهما كانت طرق الفحص ووسائله الأخرى فهي قرائن غير مباشرة ، ويظل الطبيب دائما يحاول الحصول على جزء أو عينة ، من العضو المريض لفحصه والتأكد من طبيعته .

الكبد مثلا نحصل على عينة (خزعة) منه بإبرة خاصة تبين لنا الالتهاب بأنواعه ، والتشمع ، والتليف ، والتشمع ، والأورام ، وعشرات غيرها من الأمراض . والقناة الهضمية في معظمها متاحة للفحص بالمنظار ، وعن طريقه يمكن أخذ العينات المطلوبة من أي جزء أو أي مرض فيها . كما يمكن بفرشاة خاصة أن نجمع الخلايا المتساقطة من الأورام لفحصها وتحديد طبيعتها ، وهو أمر بالغ الأهمية لا لمجرد التأكد منها بل أيضا لتحديد نوع العلاج الملائم لها واحتمالات الشفاء منها . وحتى الجزء الأوسط من الأمعاء

(*) البريتون : هو الغشاء المبطن لتجويف البطن .

الدقيقة التي يصعب الوصول إليها بالمنظار ، يمكن التحايل إليها بواسطة كبسولة خاصة متصلة بأنبوبة رفيعة لأخذ العينات اللازمة .

كل هذه العينات من الأنسجة والخلايا تخضع لفحوص متعددة حسب الغرض منها : الفحص الميكروسكوبى العادى يكشف عن معظم المطلوب ، ولكن فحوصا أخرى قد تحتاج إلى أصباغ معينة ، أو إلى وسائل كشف كيميائية أو مناعية خاصة ، أو إلى ميكروسكوب بالغ الدقة كالميكروسكوب الإلكتروني .

ثم هناك حالات معقدة تستعصى على الفحص بالوسائل المعتادة ، ونضططر عندئذ إلى إجراء جراحة استكشافية ننتهز معها فرصة أخذ عينة من الجزء المشتبه فيه ، ونحاول الإسراع بفحصه وتشخيصه قبل البت فى أمره وهو ما زال على منضدة الجراحة . ويظل دائما السؤال الفاصل والخطير : هل هو ورم حميد أم خبيث ؟ والإجابة تتوقف على شخصين : (١) الطبيب الذى فحص المريض بالمنظار أو بالتصوير أو بعد فتح البطن واشتباه فى ورم أو مرض معين فأخذ منه العينة ، وعندئذ يجب أن تكون العينة (أو العينات ، إذا لزم الأمر) ممثلة ومعبرة عن الجزء المصاب . (٢) الفاحص الباثولوجى الذى تسلم العينة وأجرى عليها فحوصه وقراره . وكلا العاملين فى غاية الأهمية ويقتضيان توخى الحذر ، وحكمهما قد يعنى أحيانا الفرق بين الحياة والموت .

الفصل الثانى

الفم

الفم هو مدخل القناة الهضمية ، يفصله سقف الحلق عن الأنف وجيوبه ، ويتصل من الخلف بالحلق والبلعوم ، ويحتوى على اللسان والأسنان .

وأعراض الفم وأعراضه كثيرة ، منها ما سببه فى الفم ذاته ، ومنها ما هو عام فى الجسم .

(١) جفاف الفم والحلق

قد ينشأ من جفاف الجسم كله بعد إسهال شديد أو عرق غزير ، أو فى مرض البول السكرى . وقد يُحس عند الاستيقاظ من النوم إذا كان الأنف مسدوداً (من زكام مثلاً) وكان التنفس عن طريق الفم . وكثير من الأدوية يسبب جفاف الفم ، مثل الأتروبين ومشتقاته ، وأدوية القلق والاكتئاب النفسى ، ومضادات الهستامين المستعملة فى علاج الحساسية ، وبعض الأدوية المخفضة لضغط الدم ، والأدوية المانعة للاحتقان فى نزلات البرد والمحتوية على الأفيدين أو مشتقاته ، وموسعات الشعب الرئوية ، والمنبهات كالأمفيتامين .

ومن أهم أسباب جفاف الفم والحلق التوتر العصبى والقلق النفسى والخوف ، كما فى أيام الامتحانات مثلاً .

(٢) فقد حاسة الطعم

قد يصاحب فقد حاسة الشم ، كما فى الزكام ، وقد يحدث منفردا فى بعض الاضطرابات العصبية والنفسية ، أو نتيجة لجفاف الفم أو استعمال بعض الأدوية .

(٣) تغير طعم الفم وفساد رائحته

قد ينتج من إهمال نظافة الفم وصحته ، أو من جفافه ، أو التهابه . بعض الأغذية ، وكثير من الأدوية يغير طعم الفم ورائحته . التهابات اللثة والأسنان ، والأنف والجيوب الأنفية ، والحلق واللوزتين ، كلها قد تسبب رائحة كريهة فى النفس . كذلك بعض الأمراض العامة كتنقيحات الرئة ، والفشل الكبدى والفشل الكلوى ، وظهور الأميتون فى مرضى البول السكرى ، وأمراض الجهاز الهضمى - كلها قد تؤدى إلى فساد طعم الفم ورائحته .

علينا أيضا ، بعد استبعاد الأسباب العضوية ، أن نفكر فى الأسباب النفسية ، فقد تكون هذه الشكوى نوعا من الوسواس .

(٤) حرقة (حرقان) الفم واللسان

قد لا يصاحبه أى تغير فى شكله الظاهرى ، وقد يكون سببه اضطرابا نفسيا ، ولكن علينا دائما قبل أن نقع بهذا التفسير أن نستبعد الأسباب العضوية كالأنيميا ونقص فيتامينات المجموعة ' ب ' ، كما يحدث فى البلاجرا وفى حالات سوء التغذية وسوء الامتصاص من الأمعاء . التهاب الفم واللسان يصاحبه عادة احمرار فى اللون ، وأحيانا تقرح . وقد تضرر الخلايا التى تغطى اللسان فيصبح سطحه أملس .

(٥) ألم الفم والأسنان

قد تكون أسبابه موضعية ، كتسوس الأسنان أو الإصابة بجروح أو بعدوى ميكروبية ، أو مرضا عصبيا كالتهاب العصب الخامس أو الصداع النصفي ، أو يكون مصدره بعيدا لا يتبادر إلى الذهن كما في بعض حالات الذبحة الصدرية .

(٦) اللسان الأبيض

تغطي سطحه طبقة أو « فروة » بيضاء أو متسخة ، ويشكو منه الكثير من الناس ، ويربطون بينه وبين الإمساك ، أو نقص إفراز المعدة ، إلا أن الدراسات العلمية لا تؤيد ذلك . معظم أسبابه موضعية ، نتيجة تراكم قشور الحليمات بالإضافة إلى بقايا الطعام وبعض البكتريا ؛ ويزداد هذا التراكم عندما يتعطل نشاط الفم وتتوقف مصادر نظافته كالمضغ وتدقق اللعاب ، وهذا يحدث أثناء النوم ، خاصة إذا كان الأنف مسدودا والتنفس من الفم . كذلك في الحميات ، وحالات الوهن الشديد ، والأمراض التي تسبب الجفاف ، وفي حالات الغيبوبة .

(٧) اللسان الأسود (المشعر)

ينشأ من تضخم الحليمات الخيطية التي تغطي سطح اللسان ، وهي حالة قليلة الأهمية ، قد تعقب استعمال المضادات الحيوية أو الإفراط في التدخين ، وعلاجها دلك اللسان بالفرشاة ، وإزالة السبب .

(٨) تلون الفم واللسان واصطبأغهما

يأخذ عادة شكل بقع رمادية اللون أو بنية ، قد يكون من علامات نقص إفراز الغدة فوق الكلوية أو « الكظرية » (مرض آديسون) ، إلا أنه يعتبر

سمة طبيعية في أفراد الجنس الأسود . ومن أسبابه أيضا بعض الأدوية ، وبعض الأورام الخلوية ، وأمراض الجلد (الحزاز المسطح) .

(٩) اللسان الجغرافي

تكتسبه رقع حمراء وأخرى بيضاء كأنه خريطة جغرافية تتغير معالمها بين يوم وآخر ، وقد تصحبه حرقة خفيفة ، ولكنه قليل الأهمية من الناحية الطبية .

(١٠) تلون الأسنان

قد يكون سببه موضعيا ، وقد يصيب الأطفال من تعاطيهم أو تعاطي أمهاتهم أثناء الحمل والرضاعة لمركبات التترا سيكلين (كالتراميسين مثلا) ، ويكون اللون بُنيًا ولا يزول عادة . لذلك ينصح بتجنب هذه المركبات في الحامل والمرضع وصغار البن .

(١١) خلخلة الأسنان وسقوطها المبكر

قد يحدث نتيجة مرض عام كالبول السكري أو من نقص في كرات الدم البيضاء .

(١٢) نزف اللثة

يكون عادة من التهاب اللثة ذاتها ، ولكنه أحيانا يلفت النظر إلى سيولة في الدم أو خطأ في تجلطه ، كما في أمراض الكبد مثلا ، وقد يصاحبه في هذه الحالة نزف من أماكن أخرى كالأنف أو الجلد مثلا .

(١٣) قروح الفم

متعددة الأسباب ، فقد تحدث من جرح أو عض أو حرق أو عدوى

موضعية ميكروبية أو فطرية . إلا أن أكثرها شيوعا هي القروح القلاعية ، وهي قروح صغيرة من ٢ - ٤ ملم عادة تظهر على الغشاء المخاطي للشفة أو الشدق ، وقد تكون مؤلمة جدا ولكنها تلتئم خلال أيام ، لتعاود الظهور بعد أسابيع . سببها غير معروف ، وإن كان قد لوحظ ارتباط بينها وبين عوامل متعددة ، كالتوتر العصبي ، والحساسية لبعض أنواع الأغذية ، والاستعداد العائلي ، ونقص فيتامين « ب » .

ومن أسباب قروح الفم واللسان الخدش المستمر من ضرس خشن أو تركيب أسناني غير ملائم . والعلاج الواضح في مثل هذه الحالات هو استشارة الطبيب الأخصائي لإزالة السبب .

■ أي قرحة بالفم لا تلتئم خلال أسبوعين أو ثلاثة يجب استشارة الطبيب بشأنها فوراً مخافة أن تكون (أو تؤدي إلى) قرحة خبيثة .

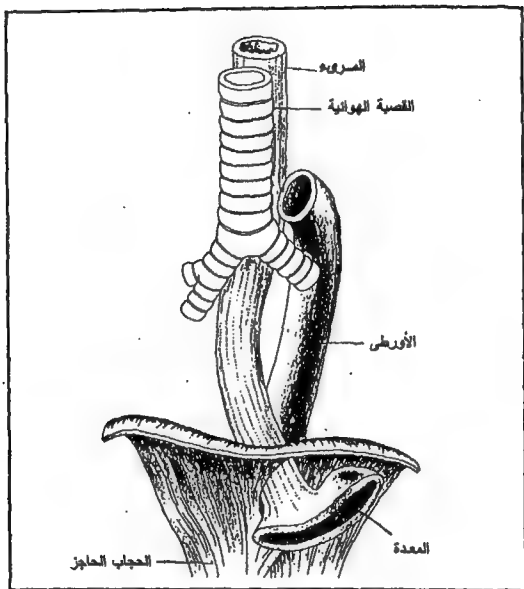
سرطان الفم يصيب عادة الشفة (خاصة الشفة السفلى) أو حافة اللسان ، وهو أكثر شيوعا في كبار السن ، وقد لا يسبب ألماً شديداً في مراحله المبكرة ، إلا أن علاجه الفعال يتوقف على سرعة اكتشافه مبكراً .

الفصل الثالث

المرىء

المرىء هو جزء القناة الهضمية الموصل بين البلعوم والمعدة . وهو عبارة عن أنبوبة عضلية طولها نحو ٢٥ سم ، تمتد في حيزوم الصدر (وسط الصدر) حتى تخترق الحجاب الحاجز وتسير لمسافة قصيرة نحو ١,٥ سم في تجويف البطن قبل أن تفتح في الفتحة الفؤادية للمعدة (شكل ٤) . وعصل المرىء من طبقتين : داخلية دائرية ، وخارجية طولية ، يغذيها العصب الحائر . وتتحكم في مدخل المرىء العضلة العاصرة العليا (وهى العضلة الحلقية البلعومية) ، كما تتحكم في مخرجه العضلة العاصرة السفلى المكونة من المنتيمترات الثلاثة أو الأربعة الأخيرة من المرىء ، وهى أشبه بصمام ذى ضغط عالٍ منها بعضلة تشريحية مستقلة .

وفى أثناء البلع تُدفع البلعة (كتلة الطعام بعد مضغها) إلى مؤخر الفم ومنه إلى البلعوم بوساطة اللسان ، ويقفل لسان المزمار مدخل الحنجرة ، وتسترخى العضلة العاصرة العليا فتسمح للبلعة بالدخول إلى المرىء ، وتأخذ عضلاته فى الانقباض دافعة البلعة إلى أسفل حتى تصل إلى العضلة العاصرة السفلى التى تسترخى بدورها ليمر الطعام إلى المعدة . واضح أن عملية البلع تحتاج إلى تقاعب منسق بين عضلات متعددة : فى الفم واللسان والحلق والبلعوم والحنجرة والمرىء ، وتسيطر عليها الأعصاب الجمجمية الخامس والسابع والتاسع والعاشر والحادى عشر والثانى عشر ، ومراكزها كلها فى جذع الدماغ .



شكل (٤) : المريء

وأهم أمراض المريء هي :

(١) عسر البلع

عسر البلع يعنى صعوبة الازدراء ، وقد يصاحبه شعور بأن الطعام

أو الشراب يقف لاصقا بالمرء لا يتحرك ، كما قد يصاحبه ألم خفيف أو شديد يُحس خلف القص (عظم وسط الصدر الأمامى) أو فى وسط الظهر .

وأسباب عسر البلع كثيرة ، يمكن تقسيمها إلى أسباب قبل المرء ، وأسباب فى المرء ذاته .

أسباب قبل المرء : سبق أن أوضحنا أن المرحلة الأولى من البلع تتم بتعاون الفم واللسان والحلق والبلعوم والحنجرة ، وإصابات هذه الأعضاء تسبب صعوبة فى البلع تُحس مع السوائل أكثر منها مع المواد الصلبة ، لذلك يشرب المريض ويسعل عند محاولة البلع ، ويرتد الطعام من فمه وأنفه ، وقد يتسرب إلى المسالك الهوائية . والأمراض المسببة لذلك قد تكون فى الجهاز العصبى المركزى كما فى تصلب شرايين المخ ، أو فى العضلات ذاتها كما فى مرض وهن العضلات أو مثل الأطفال ، أو نتيجة التهاب فيروسي أو بكتيرى أو فطرى فى الفم أو الحلق واللوزتين أو فى البلعوم ، أو من ضغط خارجى ناشئ عن ورم أو خراج .

أسباب فى المرء ذاته : أى اضطراب عضوى أو وظيفى فى المرء قد يؤدى إلى عسر البلع :

- أورام المرء أهم ما يتبادر إلى الذهن وأول ما يجب استبعاده خاصة فى المرضى المعنين . والأورام الخبيثة فى المرء أكثر شيوعا من الحميدة ، وهى إما حشوية فى أعلى المرء ، أو غدية عند اتصاله بالمعدة .

- تضيق المرء يصيب عادة أسفله ، وينتج عن التهاب مزمن من ارتجاع عصارة المعدة إلى المرء ، وهو عادة حميد . وهناك نوع آخر من التضيق شائع فى الأطفال نتيجة ابتلاع مواد كاوية كالقلويات والأحماض المركزة -

ثم هناك نوع ثالث نادر نسبيا يصاحب أنيميا نقص الحديد فى السيدات فى منتصف العمر .

- الضغط على المريء من خارجه قد يكون من ورم فى الحيزوم ، أو تمدد فى الأورطى أو تضخم فى القلب ، أو من نتوءات مفصالية عظمية ، أو من جيوب خارجة من المريء ذاته .

- ارتجاع عصارة المعدة والاثنى عشرى إلى المريء من خلال فتحة فؤادية وعضلة عاصرة سفلى غير محكمة قد يؤدى إلى التهاب المريء وتقرحه وتضييقه ، وهذا قد يحدث عسراً فى البلع يزول بعد علاج السبب .

- اختلال حركة المريء من أسباب عصبية - عضلية يعوق بلع السوائل والأجسام الصلبة على حد سواء ، ويتخذ أشكالاً مختلفة أشهرها ما يسمى بـ « لا ارتخاء المريء » ، وفيه تفشل العضلة العاصرة السفلى فى الارتخاء عند البلع ويظل الضغط مرتفعاً بداخلها ، مما يسبب احتجاز الطعام والإفرازات داخل المريء ، الذى يفقد توتره الطبيعى ويأخذ فى التمدد والانتساع ، وقد تطفح محتوياته وترتد إلى القصبة الهوائية والرئة فتسبب التهابهما . وعلاج هذه الحالة هو : ثقب العضلة العاصرة السفلى إما جراحياً ، أو بواسطة موسع يُدخل عن طريق الفم .

- من اضطرابات الحركة فى المريء أيضاً ما يسمى « بتقلص المريء الشامل » ، وفيه تنقبض عضلات المريء انقباضاً متقطعاً ، قد يحدث تلقائياً أو عند البلع ، خاصة بلع المواد الساخنة أو الباردة ، ويسبب ذلك عسراً فى البلع وألماً فى الصدر قد يشتبه مع ألم الذبحة الصدرية ، ولذلك يجب فحص القلب جيداً فى مثل هذه الحالات . كذلك تخلل حركة المريء أحياناً فى مرضى البول السكرى ، وفى مرضى تصلب الجلد .

التشخيص : تشخيص السبب في المريض الذى يشكو من عسر البلع يحتاج إلى فحص إكلينيكي شامل ، بما فى ذلك الاستماع جيدا إلى أعراض المريض وسؤاله عن نوع الأغذية التى يصعب بلعها ، وعن مكان الألم إن وجد ، وهل نقص وزنه أم لا . وهناك بعد الفحص الإكلينيكي وسائل أخرى خاصة مثل أشعة الصدر ، وأشعة المريء والمعدة بالباريوم ، وفحص المريء والمعدة بالمنظار . وقد استعمل حديثا قياس الضغط داخل تجويف المريء بمانومتر خاص كوسيلة لتشخيص هذه الاضطرابات بدقة ودراسة أسبابها .

العلاج : يكون باستعمال مُرخيات العضلات بما فيها النترات ، والهيويسين ، ومضادات الكولين كالأتروپين وأشباهه ، وذلك طبعا بإشراف الطبيب .

(٢) فتق الحجاب الحاجز

أهم أنواع الفتق التى تصيب الحجاب الحاجز هو ذلك الذى يشمل فتحته التى يمر منها المريء ليتصل بالمعدة . هذه الفتحة قد تتسع فتسمح بانزلاق أسفل المريء ، ومعه جزء من المعدة ، إلى داخل الصدر . والفتق فى ذاته قد لا يسبب أعراضا إذا بقيت العضلة العاصرة السفلى على حالها من الإحكام ، وإنما تنشأ الأعراض إذا فقدت العضلة العاصرة إحكامها وارتدت عصاره المعدة الحمضية إلى المريء فألتهته . وفقد الإحكام هذا وما يعقبه من ارتجاع وأعراض قد يحدث حتى بدون فتق فى الحجاب ، كما هو شائع أثناء الحمل أو مع البدانة المفرطة .

(٣) الارتجاع من المعدة إلى المريء

هو أكثر أمراض المريء شيوعا ، وأهم أسباب حرقان فم المعدة ،

وهو حرقان يزداد مع امتلاء المعدة وخاصة عند الانحناء (كما فى المسجود مثلا) أو الاستلقاء خصوصا على الجانب الأيسر ، وقد يمتد الحرقان خلف القص إلى الزور ، وقد ينتشر إلى الظهر . وفى بعض المرضى يرتد الطعام أو عصاره المعدة إلى الفم ، وقد تتسرب إلى الحنجرة أثناء النوم فيشرق المريض ويصحو مذعورا . ويكون الجزء السفلى من المريء عادة ملتهبا ، وقد يتقرح أو يتليف ويضيق فيسبب عسرا فى البلع ، أو ينزف نزفا بطيئا أو حادا .

وتشخيص هذه الحالة يعتمد أساسا على فحص المريء والمعدة بمنظار الألياف الضوئية ، أو بأشعة الباريوم ، وقد تحتاج بعض الحالات إلى فحوص خاصة لدراسة وظائف المريء ، كقياس درجة الحموضة ومستوى الضغط فى جوفه . أما علاجها فيتبع الخطوات التالية :

١ - نصائح عامة لمنع الارتجاع :

- تجنب زحم المعدة بالطعام والشراب .
- تجنب النوم بعد الأكل مباشرة (٣ ساعات على الأقل) .
- إنقاص وزن الجسم فى حالة السمنة .
- تجنب الانحناء (فى الكنس أو المسح أو الرياضة أو ربط الحذاء أو الصلاة) .
- رفع رأس السرير بمقدار ١٥ - ٢٠ سم .

٢ - الأدوية : مضادات الحموضة (خصوصا المركبات المحتوية على مادة الأنجينات) مفيدة فى تهدئة الأعراض وإزالة الحرقان . مضادات الهستامين ه١ ، والسكرالقات خاصة فى الحالات الملتهبة والمقرحة . وهناك

أيضا مجموعة من الأدوية قد تساعد على إحكام قفل العضلة العاصرة السفلى مثل ميتوكلوبراميد ، دومبريدون ، كلوبيبريد .

٣ - الجراحة : يلجأ إليها إذا فشل العلاج الباطني أو كانت هناك مضاعفات مثل تضيق أسفل المريء . وتهدف الجراحة إلى منع الارتجاع وذلك بدعم العضلة العاصرة السفلى بلفافة من نسيج المعدة ، وإذا كان هناك فتق في الحجاب الحاجز فإنه يرتق .

(٤) التهاب المريء

أهم أسبابه كما أسلفنا هو ارتجاع عصارة المعدة إلى المريء ، ويكون الالتهاب عندئذ مقصورا على الجزء الأسفل من المريء . إلا أن المريء ، قد يلتهب من أسباب أخرى كالتعرض للإشعاع أو ابتلاع مواد كاوية أو أدوية مفرجة ، أو العدوى بالفيروسات (مثل الهريس) أو البكتريا أو الفطريات . والتهاب المريء نتيجة العدوى بفطر كانديدا (مونيليا) كثير الحدوث في ضعاف المرضى وفاقدى المناعة ، خاصة بعد تعاطى المضادات الحيوية ومركبات الكورتيزون ، وهو يسبب ألما شديدا في مسار المريء وراء عظم القص ، وقد يستحيل معه البلع حتى لقطرات الماء . ويتأكد تشخيصه بالفحص بالمنظار ، ويعالج بالأدوية المضادة مثل النيساتين والأمفوترسين والكينوكونازول ، كما يخفف الألم بالمسكنات والمخدرات الموضعية .

(٥) أورام المريء

أهم أورام المريء هو السرطان ، وهو نوعان : حَرَشَفِي ينشأ من الخلايا الحرشفية المبطنة لأعلى المريء ، وغُدِّي ينشأ من أسفله ، أو يمتد إليه من سرطان مجاور في المعدة . وسرطان المريء يختلف انتشاره باختلاف البلاد والملايات ، وهو أكثر شيوعا في الرجال عنه في النساء .

الأسباب : من العوامل التي قد تمهد لحدوثه التئخين والمشروبات الكحولية ، وبعض أمراض المرىء كالتضيق ، و لا ارتخاء ، العضلة العاصرة السفلى ، ومتلازمة (*) بلمر وفنسون .

الأعراض : من المؤسف أن الغالبية العظمى من المرضى بهذا المرض الخطير لا يتم تشخيصهم إلا بعد أن يكون المرض قد انتشر واستفحل ، وذلك لأن أعراضه المبكرة لا تحظى بما تستحق من عناية في الفحص . من أول هذه الأعراض عسر البلع ، يُحس أولا مع المواد الصلبة ثم يزداد بعد ذلك ليشمل السوائل أيضا . وهناك أيضا ألم تحت القص ، وقد يمتد إلى الظهر ، وقد للشهية مع نقص في الوزن وأنيميا . ولما كان المرىء يشغل موقعا استراتيجيا في الحيزوم ، فإن أورامه قد تضغط على ما يجاورها من أعضاء حيوية وتحدث أعراضا متنوعة مثل بحة الصوت (من الضغط على العصب الحنجري الراجع) ، أو تكوين ناسور ينفذ إلى البلورا (غشاء الرئة) أو الشعب الهوائية فيحدث التهابا رئويا ، أو تآكل الأورطى مؤديا إلى النزف .

التشخيص : يبدأ التشخيص عادة بالفحص بالأشعة بعد بلعة باريوم ، ولكنه يتأكد بالفحص المنظاري مع أخذ عينات خلوية للفحص السيتولوجى وأخرى نسجية للفحص الهستولوجى . ويستعمل الفحص بأشعة الكمبيوتر المقطعية لتحديد مدى انتشار الورم .

العلاج : العلاج اختيار بين الجراحة والعلاج الإشعاعى ، أما العلاج الكيميائى فنوره محدود . وفى معظم الحالات يقتصر العلاج على التخفيف من أعراض المرض لأن العلاج الجذرى يكون أوانه قد فات . وكبدأ عام

(*) المتلازمة : هى مجموعة من الأعراض والعلامات يرتبطها نمط مشترك فى مرض أو أكثر .

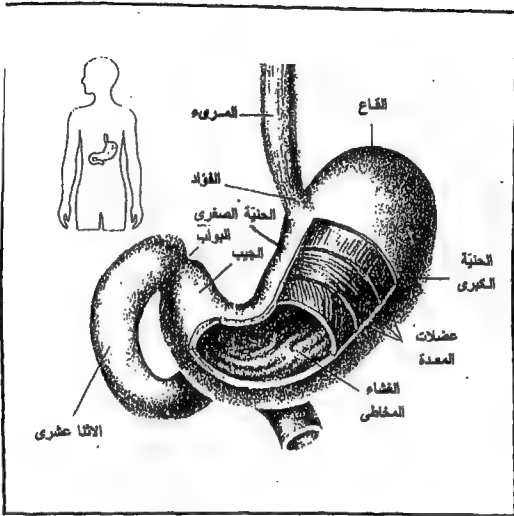
تفضل الجراحة لأورام الثلث الأسفل من المريء ، أما الثلثان الأوسط والأعلى فلهما العلاج الإشعاعي . وللتخفيف من عسر البلع قد نلجأ إلى توسيع المريء بالموسعات ، أو إلى كشط الورم بأشعة الليزر ، أو إلى غرس أنبوب يخترق منطقة الورم عن طريق المنظار . وكل هذه الوسائل محفوفة بالمخاطر وتحتاج لمهارات خاصة ، ولا نلجأ إليها عادة إلا إذا استحال العلاج الجراحي أو الإشعاعي أو فشل في مهمته .

الفصل الرابع المعدة

المعدة هي جزء القناة الهضمية التي تلى المرئ وتفضى بعدها إلى الأمعاء ، وهي أشبه بكيس متمدّد يستوعب الطعام حتى يُطحن وينهضم قبل أن يُدفع إلى الأمعاء . تقع المعدة في الجانب الأيسر العلوى من البطن ، وتتكون من عدة مناطق (شكل ٥) : (١) الفؤاد : وهو الفتحة العليا التي توصل من المرئ إلى المعدة ، وسميت بالفؤاد لقربها من القلب . (٢) القاع : وهو الجزء المتسع الذى يعلو الفؤاد ويمتد تحت الحجاب الأيسر (٣) جسم المعدة : وهو الجزء الأوسط والأكبر من المعدة ، وأسنفه وآخره هو جيب المعدة . (٤) البواب : وهو الفتحة السفلى التي تفضى إلى الاثنا عشرى . وكلتا الفتحتين ، الفؤاد والبواب ، محكومة بعضلة عاصرة تسيطر عليها وتحفظ الطعام حتى يتم الهضم .

والمعدة في شكلها العام تشبه حرف اللام (ل) ، ولها حنيتان ، حنيّة كبرى محدبة إلى اليسار ، وحنية صغرى مقعرة على اليمين . وحجم المعدة يختلف تفاوتاً بيّناً ، وسعته في متوسط البالغين نحو لتر .

ويتكون جدار المعدة من طبقتين رئيسيتين : طبقة عضلية ، وطبقة أخرى مبطنة وهي الغشاء المخاطى . أما الطبقة العضلية فهي في الحقيقة مكونة من ثلاث طبقات من الألياف العضلية : خارجية طولية ، ووسطى دائرية ، وداخلية مائلة . ووظيفة عضلات المعدة طحن الطعام وخلطه بعصارة المعدة



شكل (٥) : المعدة

حتى يصبح مائلا غليظا ، وهو المسمى بالكيموس ، ثم دفعه نحو الأمعاء بفضل موجات من التقلص تسرى في المعدة من أعلاها إلى أسفلها ، مرة كل نحو ٢٠ ثانية ، وهو ما نسميه « التَّمْعُج » .

أما الغشاء المخاطي فيجتمع في ثنيات طويلة عندما تملأ المعدة ، ولكنه ينبسط عندما تمتلئ . وتكسو الغشاء المخاطي طبقة من المخاط له أهميته في حماية جدار المعدة . أما الغدد المعوية المنتشرة في الغشاء فلها وظائف كثيرة

أهمها إفراز حمض الكلوريدريك اللازم لهضم الطعام ، وإنزيم الليبين الذي يحلل البروتين ، ثم العامل الداخلى المنشأ اللازم لامتناس فيتامين ب_{١٢} .

وظيفة المعدة الرئيسيتان إن هما طحن الطعام وهضمه ، أما الامتناس فدره محدود : بعض الماء والاكتروليات ، وبعض الأنوية كالكحول والأمبيرين . ويتم إفراغ المعدة من الطعام لفترة تتراوح بين ٣ إلى ٥ ساعات . وتستمر تموجات التقلص (التمعج) حتى بعد فراغ المعدة ، فإذا طال الانتظار أحس الإنسان بلذع (قرص) الجوع .

تحكم أداء المعدة عوامل متعددة ، منها أعصاب المعدة وهي على نوعين : سمبثاوى ، وباراسمبثاوى وهو العصب الحائر الذى يسيطر على إفراز الحمض . ومنها أيضا هرمونات وإفرازات كيميائية تسرى فى الدم ، أهمها « جاسترين » و « هستامين » ، ودورهما فى إفراز الحمض أيضا مسيطر . أضف إلى ذلك العوامل النفسية كالتوتر والقلق . ومنرى أهمية هذه الحقائق الفسيولوجية لفهم وظيفة إفراز الحمض فى المعدة وكيف نقاومه فى علاج القرحة الهضمية .

■ هناك حقيقة علمية معروفة ، وهي أن الاثنا عشرى رغم أنه جزء من الأمعاء الدقيقة ، إلا أنه ، وخاصة جزءه الأول التالى مباشرة للمعدة ، يعتبر امتداداً للمعدة من الناحية الوظيفية على الأقل ، فهو دائما معرض للحمض ومستهلك للتقرح ، ولذلك كانت قرحة الاثنا عشرى أكثر شيوعا من قرحة المعدة ، وإن كان الناس للمسهلة يطلقون مصطلح « قرحة المعدة » ، لتعنى الاثنتين .

وأهم الأمراض التى تحل بالمعدة :

(١) عسر الهضم

« عسر الهضم » مصطلح من الصعب تعريفه ، وشكوى كثيرا ما تستعمل بصورة غير محددة لتشمل طائفة من الأعراض منها :

- وجع أو ضيق أو « كثمة » في أعلى البطن ، مرتبط أو غير مرتبط بتناول الطعام .

- حرقان في فم المعدة ، أو حموضة ترتد إلى الفم .

- انتفاخ ، وشعور بالامتلاء ، ورغبة في التجشؤ .

- فقد الشهية أو الغثيان أو القيء .

- عسر البلع .

الأسباب : هذه الأعراض تنشأ من أسباب عديدة ، منها ما هو تافه مثل عسر الهضم العصبي ، ومنها ما هو بالغ الخطورة مثل سرطان المعدة أو البنكرياس ، ومنها ما هو خارج الجهاز الهضمي أصلاً .

والتفريق بين ما هو « عضوي » وما هو « غير عضوي » من هذه الأسباب هو لب المشكلة ، لأن الأمراض « العضوية » كالقرحة أو الورم أو الالتهاب من اليسير تشخيصها بوسائل موضوعية ، أما الأمراض « غير العضوية » أو « الوظيفية » أو « النفسجسمية » وهي تشكل نحو ٤٠% من هذه الحالات ، فتشخيصها يعتمد أساساً على اعتبارات ذاتية مرتبطة بالمريض والطبيب ، ولذلك يجب علينا استفاد كل وسائل التشخيص المتاحة قبل استبعاد الأسباب العضوية واعتبار الحالة اضطراباً وظيفياً أو نفسجيمياً .

ولما كان معظم أمراض الجهاز الهضمي قد يكون سبباً في عسر الهضم ، أضف إلى ذلك أمراضاً أخرى كثيرة خارج هذا الجهاز كأمراض القلب أو الرئة أو الكلى مثلاً ، لذلك فإن أسباب عسر الهضم كثيرة ، والتفريق بينها يعتمد على حسن الإصغاء إلى المريض وتحليل أعراضه أكثر مما يعتمد على الفحص السريري . ورغم أن هناك أنماطاً مختلفة ومميزة من عسر الهضم ، مثل « عسر الهضم المصاحب للقرحة » و « عسر الهضم المصاحب لأمراض

المرارة ، و « عسر الهضم العصبي » ... الخ ، إلا أن الأعراض والعلامات كثيرا ما تختلط وتتشابه حتى يصعب التمييز بينها . وسيجد القارئ تفاصيل كثيرة عن عسر الهضم في أجزاء الكتاب الأخرى ، وخاصة تحت عناوين « عسر البلع » و « الغثيان والقيء » و « القرحة الهضمية » ، وسنكتفى هنا بذكر بعض علامات الأسباب الرئيسية لعسر الهضم :

- في حالة القرحة الهضمية يُحس التعب في فم المعدة ، ويكون عادة مرتبطاً بالطعام ومواعيده . يصفه المريض بأنه « سَخْبَة روح » أو « قرص جوع » ، يزول بعد تناول الطعام ليعود مرة أخرى بعد ساعتين أو ثلاث (إذا كانت القرحة في الاثنا عشرى) ، وهو قد يوقف المريض من نومه ، وقد ينتشر إلى الظهر . مثل هذا الألم قد يكون موسمياً ، يأتي « مع تغيير الفصول ، أو « في دخلة الشتاء » ، وقد يؤدي إلى نزف يرى في القيء أو في البراز .

- في حالة الارتجاع الحمضي من المعدة إلى المريء يُحس بحرقان في فم المعدة وخلف القص حتى الزور ، وكثيرا ما يرتبط هذا الشعور بوضع الجسم ، عند الانحناء أو الرقاد على الجانب الأيسر مثلاً ، وقد « يشرق » المريض أثناء النوم ويصحو مختنقاً مذعوراً ، وقد يرتد الحمض حتى يصل إلى فمه الذي يمتلئ باللعاب .

- مريض السرطان (المعدة - البنكرياس) ألمه مستمر ، وقد يزداد من مزاحمة الطعام بعد الأكل . والمريض عادة فاقد الشهية زاهد في الطعام ، خاصة اللحم ، سريع الشعور بالامتلاء ، ميل للقيء ، وقبوه قد يحتوى على طعام مرّت على تناوله ساعات عدة ، وقد يكون مُنمى أو غث الرائحة . ويكون وزن المريض عادة في تناقص مستمر .

- مريض الكبد ، وخاصة التهاب الكبدى الحاد ، يعاف الطعام

ولا يطبق رؤيته ، وإذا كان فى الأصل مخفناً فهو لا يطبق رائحة الدخان ، ونفسيته عموماً مكتئبة ، وهو ميل للقرف والقيء ، وأكثر ألمه فى فم المعدة ، وهو ليس بالألم الشديد .

- مرض المرارة أكثر شيوعاً فى النساء ، خاصة المرأة البدينة متعددة الولادة ، ولكنه قد يصيب الرجل النحيف أيضاً ، وأحياناً يرى فى أكثر من فرد فى الأسرة الواحدة . ألمه مرتبط عادة بتناول الطعام ، خاصة الأطعمة الدسمة ، يحس فى فم المعدة ، أو فى منطقة المرارة فى الجانب الأيمن العلوى من البطن ، وقد ينتشر إلى الكتف أو اللوح الأيمن ، ومعه شعور بالكتمة ورغبة فى التجشؤ ، وكثيراً ما يبدأ أثناء الليل ويوقظ المريض من نومه . وفى المرضى بحصوات المرارة والقنوات المرارية قد يتخذ الألم صورة حادة فى شكل مغص مرارى ، وهو من أعنف أنواع المغص ، يتلوى فيه المريض من الألم ، ويتقيأ ، وقد ترتفع حرارته ويقشعر ثم يصفر لونه ويحمر بوله . مرض المرارة شائع أثناء الحمل ، وفى مرضى البول السكرى ، والمصابين بارتفاع نسبة الكولمترول فى الدم . ومرضى المرارة مبالون للإمساك ، دائمو الشكوى من الانتفاخ والغازات .

- أمراض البنكرياس أيضاً قد تسبب عسر الهضم ، خاصة الالتهاب المزمن ، وهو مرض متقلب ، وألمه يحس فى فم المعدة وينتشر عادة إلى الموقع المقابل له فى الظهر ، مما يدفع المريض للانحناء فى محاولة لتخفيف الألم . وفى الحالات المزمنة تتأثر وظائف البنكرياس مما يؤدى إلى ظهور البول السكرى أو الإسهال الدهنى . ومرضى البنكرياس قد يصاحب حصوات المرارة أو ينتج من إدمان الخمر .

■ مرض البنكرياس من الأمراض التى لا تخطر على بال كثير من الأطباء عند تشخيصهم لمسبب عسر الهضم ، حتى سُمى البنكرياس « يتيم الجهاز الهضمى » .

- الإفراط فى التخمين ، وشرب الخمر ، وكثير من الأموية (الأسبيرين ، مضادات الالتهاب المستعملة فى علاج الروماتيزم ، بعض المضادات الحيوية ، الديجيتالس ، الأمينوفلين ، مركبات الحديد ، وعشرات أخرى غيرها) قد تسبب عسر الهضم .

- كذلك قد ينشأ عسر الهضم من أمراض خارج الجهاز الهضمى وخاصة أمراض القلب (أمراض الشرايين التاجية ، تلف الصمامات ، هبوط القلب) ، والرئة (التهاب الشعب المزمن ، الربو ، ضيق المسالك الهوائية) ، والكلى (الفشل الكلوى وارتفاع نسبة البوليئنا فى الدم) ، وأمراض الغدد الصماء والأيض (*) (النقرس ، البول السكرى ، اضطرابات الغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية) .

- علينا دائما أن نستبعد الأمراض الخبيثة فى أى مريض مُعِرين حديث العهد بعسر الهضم .

- بعد كل ذلك يحق لنا أن نفكر فى عسر الهضم العصبى أو النفسى . مثل هذا المريض يكون عادة فى حالة صحية لا بأس بها ، لا تتناسب مع شكواه ، وأعراضه متعددة ومتقلبة وغير مُقِعة ، وتعبه يبدأ مع الاستيقاظ من النوم ولكن يندر أن يوقظه فى وسط الليل . ومكان الألم غير محدد ، بل إن المريض يَأْلَم بطريقة مسرحية مبالغ فيها من أى مكان يتحسس الطبيب بيده . ولا يجد المريض الراحة التامة من أى دواء ، وهو عادة يشكو من أعراض عصبية أخرى بالجهاز الهضمى مثل القولون العصبى بأفغاضه وغازاته واضطراب برازه .

(*) الأيض : هو حصيللة العمليات الكيميائية المعقدة المسئولة عن البناء والهدم فى الجسم .

التشخيص : الفحص الإكلينيكي لمريض عسر الهضم قد لا يكشف عن الكثير : مكان مؤلم فى البطن ، أو ورم محسوس ، أو مرارة منتفخة ، أو كبد متضخم ، أو عقدة لمفية فوق الترقوة اليسرى (عقدة فيركو) . أما الفحوص الخاصة كاستعمال المناظير ، والموجات فوق الصوتية ، والأشعة العادية ، وأشعة الكمبيوتر المقطعية ، والتحاليل المعملية بأنواعها فسيأتى نكرها بالكتاب فى الأجزاء الخاصة بالأسباب المختلفة .

والعلاج ، طبعا ، يتوقف على تحديد السبب وعلاجه .

(٢) الغثيان والقيء

□ الغثيان هو شعور بالغثمان ، مع نفور من الطعام وميل إلى القيء ، ويصاحبه عادة غزارة فى إفراز اللعاب .

□ التهوُّع هو محاولة للقيء غير مكتملة ، تبدأ بشهيق قصير لا تنفتح له الحنجرة ، يعقبه زفير تنقبض معه عضلات البطن دون قيء .

□ القيء هو قذف محتويات المعدة بقوة من خلال الفم .

□ الارتجاع هو ارتداد الطعام من المريء إلى الفم دون جهد .

□ الاجترار (*) هو استعادة جزء من الطعام المبلوع إلى الفم حيث يعضغ ويبلع من جديد ، وهى حالة نادرة لا ترى عادة إلا فى المرضى النفسانيين .

هناك مركز للقيء فى الدماغ ، ترد إليه المؤثرات عن طريق العصب

(*) الاجترار عند الإنسان مختلف عنه عند الحيوان حيث المعدة مقسمة إلى ٤ غرف ، واحدة منها تحتزن الطعام فترة ثم تعوده للفم لهضمه ، أما فى الإنسان فهو عادة نفسية .

الحائز والأعصاب السمبثولية . ويختلف استعداد الناس للغثيان والقيء اختلافاً
بيننا ، فالبعض يجد صعوبة بالغة في أن يتقيأ ، وآخرون يتقيأون من مجرد
استعمال فرشاة الأسنان .

الأسباب : أسباب الغثيان والقيء لا حصر لها ، ولكننا سنجمل أهمها في
القائمة التالية :

١ - أمراض الجهاز الهضمي : التهاب المعدة ، التهاب الزائدة الدودية ،
التهاب المرارة ، التهاب البنكرياس ، القرحة الهضمية ، سرطان المعدة ،
انسداد الفتحة البوابية للمعدة ، الانسداد المعوي .

٢ - الحميات الحادة : الحصبة ، السعال الديكي ، التهاب الرئوى ،
الالتهاب الكبدى الفيروسى ، النزلات المعوية والتسمم الغذائى .

٣ - أمراض الجهاز العصبى : ارتفاع الضغط داخل الجمجمة (من ورم
بالمخ أو غيره) ، التهاب السحايا ، الصداع النصفى ، أمراض الأذن
الداخلية (التيه والدهليز) ، أمراض الجهاز العصبى المستقل ، الاضطرابات
النفسية المختلفة (القيء قد يكون تعبيراً عن الرفض) .

٤ - اضطرابات الأيض : مرض السكر (وخاصة المصحوب
بالأستوتون) ، الفشل الكلوى وارتفاع نسبة البولينا فى الدم ، ارتفاع نسبة
الكالسيوم فى الدم ، مرض أديسون (نقص إفراز الغدة فوق الكلوية
أو الكظرية) .

٥ - الحمل .

٦ - بعض الأدوية : الأسبيرين ، المسكنات والمخدرات ، الديجوكسين ،
الأمينوفلين ، الأدوية السامة للخلايا (المستعملة فى علاج السرطان) ،

مركبات الحديد ، مركبات السلفا ، بعض المضادات الحيوية كالنتراسيكلين ،
الهرمونات الأنثوية (الإستروجين) .

٧ - أسباب أخرى متنوعة : الحساسية لبعض أنواع الطعام ، التعرض
للإشعاع ، انسداد الشريان التاجي ، هبوط القلب .

التشخيص : تشخيص سبب القىء يحتاج أول شيء إلى الاستماع الجيد
لقصة المريض : متى بدأ القىء ، وما ملايماته ؟ هل له علاقة بتناول
الطعام ، أو بتعاطى أدوية معينة ، أو بشرب الخمر ؟ هل يصاحبه ألم ؟
وما نوع هذا الألم وما مكانه ؟ هل أصيب به آخرون من المخالطين
للمريض ؟ هل هو مصحوب بأعراض أخرى ، كالصداع ، أو الدوار ،
أو اضطراب السمع أو للبصر ، أو ارتفاع الحرارة ، أو إمساك أو إسهال ؟

إن القىء فى الصباح الباكر شائع فى الحمل ، وفى مدمنى الخمر ؛ وقد
يكون سببه تساقط إفرازات من الجيوب الأنفية عند الاستيقاظ من النوم ،
أو نوبة من السعال تنتهى بالقىء كما فى مرضى النزلات الشعبية المزمنة ،
والقىء الذى يحدث بعد الأكل مباشرة كثيرا ما يكون سببه اضطرابا نفسيا ،
أو انسدادا فى بواب المعدة .

ولون القىء أيضا قد يفيد فى التشخيص ، فهو إذا كان متكررا ويخلو دائما
من التلون بصفراء المرارة ، دل ذلك على انسداد فى مخرج المعدة ، ونفس
الشيء يقال إذا كان القىء محتويا على طعام مرّ على أكله ٨ ساعات أو أكثر .
وقىء الدم قد يتخذ اللون الأحمر الصريح ، أو يكون بنياً مثل « تنوء » القهوة ،
وبجعلنا نفكر فى القرحة ، ودوالى المرئ ، وأورام المعدة . وهناك نوع من
القىء يبدأ خاليا من الدم ، وبعد أن يتكرر عدة مرات يخرج مضرجا بالدم ،
وهذا قد يكون سببه تمزقا فى أسفل المرئ فيما يعرف بمتلازمة مالورى
وفابيس . وأحيانا يكون القىء لانعا حتى لتضرس منه أسنان المريض ؛

مما يدل على فرط إفراز الحموضة ، أو تكون له رائحة البراز كما فى حالات
الانسداد المعوى .

ثم يأتى بعد ذلك فحص المريض ، ويجب أن يكون فحصا كاملا شاملا ،
بما فى ذلك فحص الأنف والأذن ، وفحص العين وقاعها ، وإجراء التحاليل
المعملية كتحليل الدم للسكر والبولينا والصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم ،
وفحص المعدة والأمعاء بالمنظار والأشعة ، ثم أى فحوص أخرى قد يتطلبها
تشخيص السبب .

العلاج : إن علاج العثيان والقيء يهدف أساسا إلى تحديد السبب وإزالته
كلما أمكن ذلك . وهناك أدوية قد تساعد فى منع الأعراض أو تخفيفها مثل
مركبات الفينوثيازين ، وبعض مضادات الهيستامين ، وميتوكلوبراميد ،
ودومبريدون ، والهيوسين . وتستعمل هذه الأدوية أحيانا بصفة وقائية لمنع
الدوار والقيء اللذين يصاحبان ركوب السيارات والطائرات والبواخر فى
بعض الناس . وإذا تكرر القيء أو استمر تعرض المريض للجفاف واختلال
كيمياء الجسم ، وخاصة لفقد الصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد ، وقد يترتب
على ذلك قلبية الدم - وكلها أمور بالغة الأهمية يجب تداركها بالجوء فورا
للطبيب وحقن المحاليل المناسبة .

(٣) التهاب المعدة

التهاب المعدة قد يكون حادا أو مزمنًا ، وهو على أنواع . وكثيرا ما يختلف
التشخيص بين الفحص المنظارى والفحص الهستولوجى للأنسجة ، وإن كان
الثانى هو المرجع عادة فى الحالات الخلافية . ويكتسب التهاب المعدة المزمن
أهمية خاصة من حيث علاقته بمرضى هامين من أمراض المعدة ،
وهما القرحة والسرطان .

وهناك ٣ أنواع من التهاب المعدة :

١ - التهاب المعدة التآكلي : هو التهاب حاد يصاحب عادة الإجهاد النفسى من إصابات الحوادث أو الحروق أو التقيحات ، وقد ينشأ أيضا من ابتلاع المواد المؤذية للمعدة كالكحول والأدوية المضادة للالتهاب . وأعراضه هى عسر الهضم وألم فى فم المعدة ، وقد ينزف أحيانا . وعلاجه يكون بإزالة سببه ، إن أمكن ، وباستعمال الأدوية الخاصة بعلاج القرحة .

وهناك نوع مزمن من الالتهاب التآكلي يتميز بتكوين بثور شبيهة ببثور الجدرى فى الغشاء المخاطى للمعدة وخاصة جيبها ، ويسبب فقد الشهية ونقص الوزن والأنيميا ؛ سببه غير معروف ، وليس له علاج محدد ، وإن كانت أدوية القرحة ، وأحيانا مركبات الكورتيزون ، قد تفيد . والفحص المنظارى مع أخذ عينات نسيجية ضرورى فى هذه الحالات لتمييزها عن غيرها وخاصة الأورام الليفية والسرطانية .

٢ - التهاب المعدة المرارى : سببه ارتجاع محتويات الاثنا عشرى القلوية ، ومن بينها أملاح الصفراء وإنزيمات البنكرياس ، إلى المعدة قتلبيها . أعراضه حرقان فى فم المعدة بعد الأكل ، قىء مرارى أصفر ، أنيميا ، وفقد الوزن . يحدث هذا الالتهاب عادة بعد العمليات الجراحية على المعدة التى يفقد فيها البواب وظيفته العازلة . علاجه صعب ، وقد يستجيب لمركبات الألومنيوم (فوسفالوجل) ، أو للمسكنات ، أو الأدوية المنظمة لتفريغ المعدة مثل الميتوكلوبراميد والنومبريدون ، ولأجأنا إلى الجراحة لتوصيل جزء من الصائم بين المعدة والاثنا عشرى .

٣ - التهاب المعدة المزمن : منه نوعان رئيسيان ، يرتبط أحدهما بسرطان المعدة ، والآخر بالقرحة :

□ النوع الأول هو الالتهاب المناعى أو الضمورى المزمن ، سببه

وجود مناعة ذاتية ضد الخلايا الجدارية والعامل الداخلى بالمعدة ، يؤدي إلى ضمورها ومن ثم إلى فقد الحموضة وإلى الأنيميا الوييلة (*) . هذا النوع يصيب قاع المعدة دون جيبها ، وقد لا تحدث عنه أعراض ذات بال ، كما أن تشخيصه بالأشعة وبالمناظر قد يكون صعبا ، ولكنه يتأكد بالفحص الهستولوجى للعينات النسيجية المأخوذة بالمناظر . وهناك علاقة إيجابية بين هذا النوع من الالتهاب وبين سرطان المعدة ، ولو أن تقدم السن فى حد ذاته يصاحبه التهاب سطحي وضمور تدريجى فى الغشاء المخاطى للمعدة كأمر طبيعى .

□ النوع الثانى من الالتهاب المزمن هو ذلك المصحوب بفقر الإفراز من المعدة ، وهو يصيب جيب المعدة دون قاعها ، وتكثر فيه خلايا النسيج المبطن للمعدة . وهذا النوع من الالتهاب وثيق الصلة بقرحة المعدة وقرحة الاثنا عشرى ، ولكن لا علاقة له بالسرطان .

هناك أيضا أنواع نادرة من التهاب المعدة المزمن ، مثل تكون (سل) المعدة ، ومرض « كرون » ، وإصابة المعدة بفطر « كانديدا » .

وهناك أخيرا نوع نادر من تضخم الغشاء المخاطى للمعدة يسمى : مرض **ميترييه** ، قد يؤدي إلى فقد بروتين الدم وظهور الأوديما (**) فى الجسم ، ويجب تشخيصه بدقة عن طريق عينات نسيجية حتى لا يختلط الأمر بينه وبين الأورام الخبيثة .

(*) الأنيميا الوييلة أو الخبيثة ، وقد فضلنا وصف « الوييلة » حتى لا تختلط بالمفهوم الشائع عن الأورام الخبيثة .

(**) الأوديما : تراكم الماء فى أنسجة الجسم وانتفاخه .

(٤) القرحة الهضمية

القرحة الهضمية هي ثغرة أو صدع في الغشاء المخاطي المبطن للجزء العلوى من القناة الهضمية : المرئ (وخاصة أسفله) ، والمعدة ، والاثنا عشرى (وخاصة أوله) .

الأسباب : رغم أن أسباب القرحة وأعراضها تختلف باختلاف الجزء المصاب بها ، إلا أن هناك عناصر مشتركة بينها جميعا يمكن إجمالها فى الحقيقة التالية : وهى أن القرحة تنتج من اختلال التوازن الدقيق بين العوامل التى تحافظ على سلامة الغشاء المخاطى وتحميه ، وتلك التى تهاجمه وتؤذيه . وسلامة الغشاء المخاطى تتوقف على استمرار سريان الدم فى أوعيته ، وعلى تجديد خلاياه ، وإفرازه للمخاط والبيكربونات ، وكذلك على إفراز مواد معينة تسمى « بروتاجلاندين » تحمى خلايا الغشاء وتكبح إفراز الحمض .

أما العوامل التى تهدد الغشاء المخاطى وتؤذيه فمتعددة ، أهمها حمض الكلوريدريك وإفراز الببسين ، وهما إفرازان طبيعيان لازمان لهضم الطعام ولا أذى منهما فى المعدة الطبيعية ، إلا أن أذاهما يبدأ عندما تنهار قوى الدفاع والحفاظ على سلامة الغشاء المخاطى كما أسلفنا وتشرع المعدة فى هضم نفسها . ومن « العناصر الهدامة » أيضا الأسبيرين ، ومركبات الكورتيزون ، وكثير من الأدوية المضادة للالتهاب والمستعملة فى علاج أمراض المفاصل والروماتيزم . كذلك الكحول (الخمور) والنيكوتين (التدخين) . ومن المواد المؤذية للغشاء المبطن المعدة أملاح الصفراء (المرارة) متى ارتدت إليها من الاثنا عشرى . ثم هناك التوتر العصبى والإجهاد . وقد أثير حديثا احتمال إصابة المعدة بميكروب يسمى « هليكوباكتر » يساعد على إحداث القرحة فى بعض الحالات .

أولاً : قرحة الاثنا عشرى :

هى أكثر أنواع القرحة الهضمية شيوعا ، وتختلف نسبة الإصابة بها من بلد إلى آخر ، فهى مثلا تصيب ١٠٪ من الشعب البريطانى ، ولكنها أكثر شيوعا فى اسكتلندا منها فى جنوب انجلترا . وهى تصيب الرجال أكثر من النساء ، وأغلب مرضاها فى منتصف العمر .

أعراضها : أشهر أعراضها ألم أو حرقان يُحس فى فم المعدة وأعلى البطن ، وقد ينتشر إلى الصدر أو الظهر ؛ يظهر عادة عند خلاء المعدة (ساعتين أو ثلاثة بعد الأكل) ، ويزول بتناول الطعام أو اللبن أو الأدوية المضادة للحموضة ، وقد يوقظ المريض من نومه . وهو أحيانا يتخذ شكل ضيق عام بالبطن غير محدد المكان ، وقد يصحبه غثيان أو قيء أو نزف من الجهاز الهضمى . وشهية المريض عادة طبيعية ، إلا أن خوفه من عسر الهضم والألم قد يزهده فى الطعام فينقص وزنه ، وقد يحدث العكس فيكثر المريض من تناول الطعام أو اللبن لتسكين الألم فيزداد وزنه .

المضاعفات : القرحة بطبيعتها مزمنة ومعادة ، وأهم مضاعفاتها النزف ، وضيق فتحة البواب ، والانتقاب (الانفجار) ، وكلها أمور قد تستلزم التدخل الجراحى . وهناك نوع نادر من القرحة يتميز بعنفه وصعوبة علاجه ، ويسمى بمتلازمة زولنجر وإليسون ، وتكون فيه نسبة هرمون « الجاسترين » مرتفعة فى الدم .

التشخيص : تشخيص القرحة الهضمية يعتمد أساسا على الفحص بمنظار الألياف الضوئية الذى يعطى تفاصيل أدق مما يعطيه الفحص بأشعة الباريم .

العلاج : تتبع فيه الخطوات التالية :

١ - تنظيم حياة المريض : بتجنب الإجهاد قدر الإمكان ، وتناول الطعام

في مواعيد منتظمة ، والإقلال من التدخين والمشروبات الكحولية .

٢ - الغذاء : يُنصح المريض بتجنب الأغذية التي يعرف من تجربته أنها عسرة الهضم ، أما ما عداها فله أن يأكل منها ما يشاء . إن العلاج الحديث للقرحة لا يعتمد على القواعد الصارمة والقيود المشددة التي كانت تفرض في الماضي على أنواع الأغذية ، ومنها : غذاء اللبن ، العتيد .

٣ - الأدوية : هناك مجال للاختيار بين فصائل متعددة :

(أ) مضادات الحموضة : كانت قديما هي عماد العلاج ، أما الآن فدورها يقتصر على علاج الأعراض متى كانت إليها حاجة . أكثرها فعالية في معادلة الحمض هي مركبات المغنسيوم ، إلا أنها تسبب الإسهال ، ولذلك تضاف إليها عادة مركبات الألومنيوم أو الكالسيوم .

(ب) مضادات الهستامين من نوع H₂ : مثل سيمتدين ورائنتدين وفاموتدين ، تبطل مفعول الهستامين الذي ينبه خلايا المعدة المفرزة للحمض . وقد أحدث اكتشاف هذه المركبات انقلبا في علاج القرحة الهضمية لما لها من أثر فعال في إزالة الأعراض والتعجيل بالتئام القرحة ، إلا أن كثيرا من المرضى تعاودهم الأعراض بعد التوقف عن تعاطي الدواء ، مما يستلزم العودة إليه والبقاء عليه مدة طويلة قد تمتد إلى سنة أو أكثر . ولهذه المركبات بعض الأعراض الجانبية مثل اضطراب الأمعاء ، واختلال وظائف الكبد ، وتضخم الثديين في الرجال . وكلها نادرة الحدوث ، وتزول بعد التوقف عن تعاطي الدواء .

(ج) سكراتفات : هذا الدواء عبارة عن سكر (سكروز) محتو على عدة مجموعات من السلفات وعلى الألومنيوم . وهو في المعدة يتحول إلى عجينة لزجة تلتصق بقاع القرحة فتحميها وتعجل بالتئامها ، كما أنها تبطل

المفعول الآكل للبيسين وأملاح الصفراء . وهذا الدواء فعال فى علاج قرحة المعدة وقرحة الاثنا عشرى ، وكفائه فى ذلك مساوية تقريبا لمضادات الهستامين هـ السابق ذكرها ، وقد يفضلها فى طول مدة الشفاء قبل انتكاس الأعراض والعودة إلى استعمال الدواء . وأعراضه الجانبية نادرة ، أهمها الإمساك .

(د) أومبرازول : هذا دواء حديث شديد الفعالية فى وقف إفراز الحمض من خلايا المعدة ، لا بمضادة الهستامين أو الأستيل كولين ، بل بإبطال ما يسمى « بمضخة البروتون » داخل الخلية .

(هـ) البزموت الغروى : يكون هذا الدواء طبقة موضعية فوق القرحة تحميها وتعجل بالتئامها . وهو أيضا فعال فى علاج الحالات المصحوبة بعدوى ميكروب « هليكوباكتر » . من أعراضه الجانبية تسويد لون اللسان والأسنان والبراز .

(و) مضادات الأستيل كولين مثل الأتروبين وأشباهه : كانت شائعة الاستعمال قديما فى علاج القرحة رغم أعراضها الجانبية كجفاف الفم واضطراب الإبصار أو التبول ، إلا أن استعمالها الآن قل كثيرا عن ذى قبل . يستثنى من ذلك أحد مركباتها الحديثة وهو بيرنزيين ، فهو أكثر منها فعالية فى علاج القرحة وأقل أعراضا جانبية .

(ز) برومستاجلانين : دواء مزدوج المفعول ، فهو يحمى الغشاء المخاطى ويمنع إفراز الحمض . ارتفاع ثمنه يحد من انتشاره ، ولكنه قد يفيد فى المرضى الذين لا يستجيبون لغيره من الأدوية . يستحسن تجنبه فى الحوامل من النساء .

(ح) أدوية مساعدة فى علاج الأعراض : تخلط عادة مع مضادات

الحموضة ، مثل المخدر الموضعي أوكسينازين ، ومركبات السليكون المزيلة للغازات .

٤ - الجراحة : قلّ اللجوء إلى الجراحة لعلاج القرحة في العقدين الأخيرين عن ذي قبل ، ولعل ذلك راجع إلى الأنوية الحديثة الفعالة . ودواعي العلاج الجراحي هي مضاعفات القرحة : النزف ، وانسداد الفتحة البوابية ، وانتقاب (انفجار) القرحة - يضاف إليها تلك الحالات العصيّة التي لا تستجيب للعلاج الباطني . وهذه الأخيرة يجب أن يُتخذ قرار الجراحة فيها بعد تأني وتعمّن يشارك فيه المريض والطبيب الباطني والجراح ، ويثبت منه أن المرض أصبح ينغص على المريض حياته ويهددها ، ذلك لأن للجراحة مشاكلها كما أن لها فوائدها .

وهناك عدة أنواع من العلاج الجراحي لقرحة الاثنا عشرى . فالعصب الحائر الذي ينبه الخلايا الحمضية قد يقطع عند جذعه ، وهذا قد يؤثر على حركة المعدة وتفرغها لمحتوياتها ، ولذلك جرت العادة على الجمع بين القطع الجذعي للعصب الحائر وبين رأب البواب أو توصيل المعدة بالأمعاء ، وذلك لمنع ركود الطعام في المعدة . وهناك جراحة أخرى يقطع فيها العصب الحائر قطعاً انتقائياً ، أى تقطع فروعه المؤدية إلى قاع المعدة وجسمها حيث الخلايا المفرزة للحمض ، وتترك الفروع الواصلة إلى جيب المعدة فلا تتأثر حركته ولا يتعطل تفرغ المعدة .

ثانياً : قرحة المعدة :

أهم اعتبار في تشخيص قرحة المعدة وعلاجها هو تمييز القرحة الحميدة من القرحة الخبيثة ، ولا يكفي في ذلك الفحص بالأشعة ، بل لابد من تأكيد التشخيص بالفحص بالمنظار الضوئي وأخذ عينات سحيّة من القرحة للفحص الهستولوجي والميتولوجي .

قرحة المعدة (الحميدة) :

أقل شيوعاً من قرحة الاثنا عشرى ، وأكثر مرضاًها من كبار السن ، وهى تصيب الجنسين بالتساوى . ويتفاوت حجمها بين بضعة ملليمترات ويضعة سنتيمترات ، وهى قد تصيب أى جزء من المعدة ، ولكنها توجد عادة على خنيّة المعدة الصغرى عند اتصال جزء المعدة المفرد للحمض مع جيبها .

أعراضها : أهم أعراضها الألم والنزف . والنزف قد يكون جلياً أو خفياً ، وقد يتسبب فى أنيميا شديدة . وعلمنا دائماً أن ننذكر النزف البطيء الخفى من الجهاز الهضمى فى حالات الأنيميا المجهولة السبب ، وأن نبحث عنه بعناية وإصرار . وألم قرحة المعدة يختلف عن ألم قرحة الاثنا عشرى فى أنه يُحس عادة أثناء تناول الطعام أو بعده مباشرة ، وليس بعده بساعتين أو ثلاث . وقد يصاحبه غثيان أو قيء أو شعور بالامتلاء . وانتقاب قرحة المعدة أقل حدوثاً من قرحة الاثنا عشرى .

العلاج : فى علاج قرحة المعدة تطبق نفس الوسائل المستعملة فى علاج قرحة الاثنا عشرى بالنسبة لتنظيم حياة المريض ، وتجنب المواد الضارة بالمعدة كالأمبيرين ومضادات الالتهاب . كذلك تستعمل مجموعات الأدوية السابق ذكرها لإزالة الأعراض والتعجيل بالتئام القرحة . ويجب متابعة فحص المعدة بالمنظار دورياً للتأكد من التئام القرحة . فإذا لم تستجب للعلاج الباطنى طوال ثلاثة أشهر ، أو إذا عادت بسرعة بعد التئامها ، وجب التفكير فى العلاج الجراحى ، وهو هنا عادة استئصال جزئى للمعدة . والجراحة مطلوبة أيضاً فى الحالات المضاعفة (كالانتقاب أو النزف الذى يهدد الحياة) ، وفى حالة القرحة الخبيثة .

(٥) أورام المعدة

أورام المعدة منها الحميد ومنها الخبيث . أهمها وأكثرها شيوعا هو السرطان .

١ - سرطان المعدة :

يختلف انتشاره اختلافا واسعا من بلد إلى بلد ، فهو في اليابان مثلا عشرة أمثاله في الولايات المتحدة ، لذلك تقوم اليابان بمسح شامل للمواطنين عن طريق فحصهم دوريا بمنظار المعدة بهدف الاكتشاف المبكر للسرطان . فقد ثبت أن نسبة الشفاء بعد العلاج الجراحي تتجاوز ٩٠٪ في الحالات المبكرة التي لا يمتد فيها الورم إلى الطبقة العضلية في جدار المعدة ، بينما تتضاءل هذه النسبة كثيرا في الحالات المتأخرة . وهناك بعض العوامل التي يظن أن لها علاقة بسرطان المعدة ، منها ما هو في المعدة ذاتها مثل الالتهاب الضموري ونقص الحمض والأنيميا الويلة ، ومنها ما هو في طعام المريض كالإفراط في الملح ووجود النتترات (في ماء الشرب وفي اللحوم والأسماك المحفوظة) . ويحتل أن نقص الحمض في المعدة يشجع نمو البكتريا بداخلها ، فتقوم بتحويل المركبات الأمينية في الطعام إلى مادة النتروزامين المسببة للسرطان .

وسرطان المعدة سرطان غدي ، قد يتخذ شكل ورم مفرط النمو ، أو يتغلغل في جدار المعدة حتى تصبح أشبه بقرية من الجلد الصفيق ، وأحيانا يكون متقرحا ، ويكون الأصل في هذه الحالة هو الورم السرطاني والقرحة طارئة عليه ، لأن المعتقد الآن هو أن قرحة المعدة الحميدة لا تتحول إلى سرطان .

الأعراض : هذا المرض يصيب الرجال أكثر من النساء ، ومعظم

مرضاه في العقد السادس أو بعده . وفي مراحله المبكرة قد لا يشكو المريض من أي أعراض ، أو تكون الأعراض مبهمة غير محددة ، كشعور بالضعف العام ، أو أنيميا مجهولة السبب ، أو نقص في الوزن ، أو إحساس بالامتلاء بعد أقل طعام . إلا أن فقد الشهية ، والألم في قم المعدة ، والغثيان والقيء والنزف كلها أمور تدعونا إلى فحص المعدة بعناية . وقد يُحص ورم في أعلى البطن ، أو يُرى الكبد متضخما والبطن به استمقاء من وجود ثانويات للورم . وأنكر مريضة رأيها منذ سنوات بعيدة جاءت تشكو من عقدة لمفية متضخمة فوق الترقوة اليسرى ، ونحن نسمى هذه العقدة « عقدة فيركو » لأن هذا الطبيب كان أول من نبه إلى دلالتها على وجود ورم خبيث بالبطن . ويسأل المريضة اتضح أنها تتمتع بشهية جيدة ، وتستطيع أن تأكل دجاجة كاملة في الوجبة الواحدة ، على حد قولها . ورغم ذلك طلبنا لها أشعة بالباريوم على المعدة (ولم تكن مناظير الألياف الضوئية قد استعملت بعد) ، أظهرت ورما سرطانيا في قاع المعدة ، وهذا يفسر عدم شعورها بأعراض ، لأن الورم لو كان نابئا من جيب المعدة لاعترض طريق الطعام وتسبب في الانسداد والقيء .

التشخيص : يتم تشخيص أورام المعدة بالفحص بأشعة الباريوم ، وأفضل من ذلك باستعمال المنظار حتى نحصل على عينات خلوية ونسجية تحدد طبيعة الورم ، كما يجب فحص الصدر بالأشعة ، وفحص البطن بالأشعة المقطعية للتأكد من عدم وجود أورام ثانوية في الرئة أو الكبد أو الغدد اللمفية .

العلاج : العلاج الجذري لسرطان المعدة هو الجراحة ، وهي أنجح ما تكون في الحالات المبكرة ، وفيها تستأصل المعدة كلها أو معظمها ، ومعها ما جاورها من أعضاء مثل الطحال وذيئ البنكرياس . أما العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي (بالفلورويوراسيل) فنتائجهما محدودة . وعلى المريض

بعد الجراحة أن يتردد على طبيبه بصفة دورية لمتابعته لمدة خمس سنوات على الأقل .

٢ - ورم المعدة اللينى :

هو الورم الخبيث الآخر الذى قد يصيب المعدة ، وهو أقل شيوعا من السرطان ، وأعراضه ومائل تشخيصه متشابهة له ، واستجابته للعلاج الإشعاعى والعلاج الكيميائى أفضل من استجابة السرطان .

٣ - ورم العضل الأملس بالمعدة :

يكون عادة حميدا ، ولكنه قد ينقلب خبيثا فى مرحلة لاحقة . وهو قد لا يسبب أعراضا ملحوظة ، أو يشعر المريض بعسر هضم أو ألم فى المعدة أو فقد شهية وضعف عام خاصة إذا كان الورم نازفا . تشخيصه باستعمال الأشعة والمنظار ، وعلاجه الاستئصال الجراحى .

٤ - السليلة (التويلب) :

هى ورم من الغشاء المخاطى للمعدة ناتىء فى تجويفها ، وقد يكون له عنق أو لا يكون ، وهو إما التهابى ناشىء من تكثر الخلايا ، أو ورمى غدى . وعادة لا تصاحبه أعراض معينة ، وإنما يكتشف عرضا أثناء فحص المعدة بالأشعة أو بالمنظار . عندئذ يجب أخذ عينات خلوية ونسجية منه للتأكد من طبيعته ، فإن كان ورما غديا وجب استئصاله لأنه عرف عنه قابليته للتحول إلى سرطان .

(٦) نرف الجهاز الهضمى

النرف من القناة الهضمية قد يكون على شكل قىء عموى ، أو براز

مُغْمَى ، أو كليهما معا . ويتوقف ذلك إلى حد ما على مصدر النزف ومقداره وسرعته .

فقىء الدم يكون عادة بسبب نزف من الجزء العلوى من القناة (الحلق أو المريء أو المعدة أو الاثنا عشرى ، أو دم مبلوع من الأنف) ، وقد يكون دما صريحا أحمر اللون ، خاصة إذا كان النزف غزيرا ، أو يتخذ لونا بنيًا شبيها بـ « ثنوة » القهوة إذا كان قليلا ولبث فى المعدة بعض الوقت .

والبراز المُغْمَى هو الآخر قد يكون الدم فيه أحمر زاهياً ، خاصة إذا كان النزف صادرا من أسافل الأمعاء ، أو من مكان أعلى من ذلك ولكنه غزير سريع المرور فى القناة ؛ أو يكون أسود قاتما شبيها فى لونه وقوامه بالقار (الزفت) إذا كان النزف صادراً من أعلى .

■ علينا أن نذكر أن البراز قد يسوّى لونه من أسباب أخرى غير الدم ، كما يحدث عند تناول الأنوية المحتوية على الحديد أو الفحم مثلاً .

الأعراض : تختلف الأعراض أيضا باختلاف سرعة النزف ومقداره . فالننزف المزمن البطيئ يكون عادة قليل المقدار ، لا يرى بالعين المجردة ، بل يكشف عنه فى البراز باختبار « الدم المخففى » ، وأهم أعراضه الأنيميا .

أما النزف الحاد السريع الغزير فيصاحبه شحوب اللون ، والعرق ، والشعور بالدوخة والإعياء ، وسرعة النبض وانخفاض الضغط ، وقد ينتهى الأمر بالإغماء أو الغيبوبة .

والقصة التى تتكرر كثيرا هى قصة المريض الذى يحس بغيثان أو برغبة فى التبرز ، فيمصرع إلى الحمام وهناك يسقط على الأرض مغمى عليه ، والدم من حوله يملأ الحوض أو المراض . مثل هؤلاء المرضى يجب الإسراع .

بهم إلى أقرب مستشفى مهياً لإسعافهم وقصصهم ، وليس من الحكمة علاجهم في البيوت مهما بدا النزف طفيفا في أوله .

الأسباب : مصادر النزف يمكن تقسيمها إلى عليا وسفلى حسب موقع النزف من القناة الهضمية . وفي العليا أهم سببين للنزف ، وهما دوالي المريء والقرحة . هناك أسباب عليا أخرى ، مثل التهاب المريء أو المعدة أو الاثنا عشرى ، وتمزق المريء ، والأورام الحميدة والخبيثة ، والتسلخات التي قد تحدث من الأسبيرين والأدوية المستعملة في علاج التهاب المفاصل ، وأمراض الدم النازفة ، وأسباب أخرى أقل شيوعا .

أما مصادر النزف من الجزء السفلى من القناة الهضمية فأهمها التهابات الأمعاء ، نوعية كانت (سببها معروف) أو غير نوعية (مجهولة السبب) : كالسنطاريا بأنواعها (باميلية ، أميبية ، بلهارسية) ، والحمى التيفودية ، ودرن الأمعاء ، وتقرح القولون غير النوعي ، ومرض « كرون » ، والجيوب القولونية ، ثم أورام الأمعاء الحميدة والخبيثة ، وأخيرا بواسير الشرج وشروخه . هناك طبعا عشرات من الأسباب الأخرى ، ولكنها نادرة .

إسعاف المريض : أول ما يجب عمله لمريض النزف الحاد هو إسعافه بإعادة التوازن إلى الدورة الدموية لمنع حدوث الصدمة أو إزالتها متى حدثت ، وذلك بحقن الدم وغيره من المحاليل المناسبة لتعويض الفاقد من حجم الدم وتصحيح الخلل في كيميائه . وعادة يفضل وضع أنبوبية في المعدة تخدم غرضين : شفط محتويات المعدة لمعرفة ما إذا كان النزف مستمرا أم توقف ، وحقن السوائل والمحاليل والأدوية اللازمة للعلاج . وإذا كان المريض قلقا ، أعطى مهدئا خفيفا . ثم ينصرف جهندا بعد ذلك إلى تشخيص مصدر النزف وسببه .

التشخيص والعلاج : كما قلنا هناك سببان رئيسيان للنزف هما دوالي

المرىء وقرحة الاثنا عشرى والمعدة ، يسهل عادة التفريق بينهما . فمرضى الدوالي يعرف عادة أنه مصاب بتليف الكبد منذ فترة طويلة ، وإن كان النزف من الدوالي فى بعض المرضى هو أول عرض ينبههم إلى مرض الكبد . وهناك علامات الكبد المشهورة كاليرقان ، وحمرة الكفين ، والعناكب الشريانية (*) ، وارتعاش اليدين ، وتغير رائحة النفس ، والكتيمات الجلدية ، وتضخم الطحال ، وورم القدمين ، الخ ... ومرضى تليف الكبد يحتاجون لمتابعة خاصة متى نزفوا لأنهم معرضون حينئذ للدخول فى مضاعفات أخرى كالاستسقاء والغيبوبة الكبدية .

أما السبب الشائع الثانى وهو القرحة ، فتصيب الاثنا عشرى أو المعدة أو أسفل المرىء ، وقد يكون النزف هو أول علاماتها ، ولكن المريض عادة يكون له ماضٍ طويل فى الشكوى من عسر الهضم والحموضة وألم فم المعدة ، وقد يكون أجرى من الفحوص من قبل ما أثبت وجود القرحة .

وسؤال المرضى مهم فى جميع الأحوال عما قد يكونون تناولوه من أدوية قبل النزف ، وخاصة الأسبيرين وأدوية الروماتيزم ومركبات الكورتيزون .

ثم يأتى بعد ذلك دور أجهزة التشخيص ومعامل التحليل . أهمها فى هذا الموقف هو منظار الألياف الضوئية ، فهو مفيد فى التشخيص وفى العلاج ، ويمكن استعماله منذ اللحظات الأولى للنزف . منظار المعدة يرينا بوضوح جوف المرىء والمعدة والاثنا عشرى ، ومنظار القولون يرينا كل الأمعاء الغليظة والجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة . والالتهابات والتسلخات والقروح والأورام كلها ترى بوضوح تام ويمكن أخذ عينات منها للفحص المجهرى . ودوالي المرىء يمكن حقنها أو كيها ضوئيا بأشعة الليزر ، والأورام يمكن

(*) العناكب الشريانية : هى شعيرات دموية رفيعة منتشرة من شريان صغير تشبه خيوط العنكبوت .

استئصالها عن طريق المنظار . وكل هذا يمكن تصويره فوتوغرافيا أو سينمائيا لتسجيله ومتابعة تطوره . وإذا لم يتوافر المنظار ، فالبديل هو فحص القناة الهضمية بالأشعة مع استعمال الباريوم . أما وسائل التصوير الجديدة كالموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية فتفيد في تصوير الكبد والطحال والبنكرياس والمرارة ، وكلها قد تكون ذات علاقة بالنزف ، ولكنها لا تكشف عن باطن المعدة والأمعاء . وهناك وسائل أخرى متطورة تحتاج لمهارات خاصة وتحقق ما يشبه المعجزات أحيانا ، ولكن دورها محدود ، مثل إدخال القسطرة في الشريان أو الوريد النازف تحت توجيه الأشعة وحققه بمادة ملونة (للتشخيص) أو مجلطة (للعلاج) .

أما المعمل فدوره أساسى فى متابعة تحليل الدم لقياس نسبة الهيموجلوبين والهيماتوكريت التى يعتمد عليها فى تحديد كمية الدم المطلوب نقلها للمريض ، وكذلك لتحليل وظائف الكبد وكفاءة الكلى ونقلات الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من مكونات الدم الحيوية .

وطوال الفترة الحرجة يلزم المريض الراحة التامة ، ويسجل النبض والضغط والحرارة بانتظام ، كما تسجل كميات السوائل والبول ، ويفحص البراز للتأكد من استمرار النزف أو انتهائه .

أما العلاج التفصيلى فيختلف طبعا باختلاف السبب . نزف دوالى المرئ قد يستجيب مؤقتاً للحقن بدواء الفيبرينيسين أو الجليبريسين الذى يخفض الضغط فى الوريد البابى ، أو بإدخال أنبوبة « سنجستانك » إلى المرئ ونفخها لتضغط على الدوالى النازفة ، وهناك كما قلنا حقن الدوالى عن طريق المنظار . قروح المرئ والمعدة والاثنا عشرى تستجيب عادة لأدوية القرحة بمسائلها المعروفة (السيمتين والرائنتين ، المسكرافات ، الأومبرازول) . وقس على ذلك بقية الأسباب ، التى يجىء ذكر علاجها فى الأجزاء الخاصة بها .

الفصل الخامس

الأمعاء

الأمعاء هي الأنبوب الطويل الممتد من نهاية المعدة إلى فتحة الشرج ، جزؤه العلوى هو المعى الدقيق (الأمعاء الدقيقة) وطوله نحو ٧ أمتار ، وجزؤه السفلى هو المعى الغليظ (الأمعاء الغليظة) وطوله ١,٥ متر . ويتميز كل منهما إلى أجزاء أخرى (شكل ٦) .

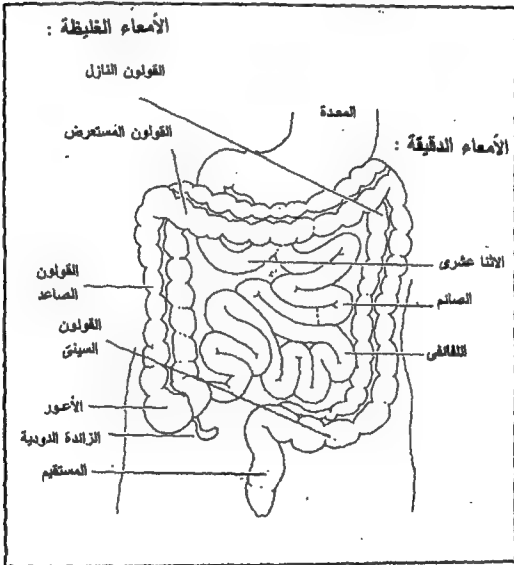
١ - الأمعاء الدقيقة :

تنقسم إلى ثلاثة أجزاء : (أ) الاثنا عشرى : وسمى كذلك لأن طوله بمقدار عرض ١٢ إصبعا ، وهو بداية الأمعاء ، ويشبه شكل الحذوة أو حرف C . جزؤه الأول أملس ، وهو أول جزء من الأمعاء يتعرض لحمض المعدة ولذلك يكثر فيه حدوث القرحة الهضمية . أما جزؤه الثانى فتفتح فيه قناة الصفراء وقناة البنكرياس ويصب فيه إفرازهما . (ب) الصائم : ويشمل خُمس طول الأمعاء الدقيقة ، ويشغل شمال أعلى البطن . (ج) اللفائفى : ويشمل الأخماس الثلاثة الباقية ، ومكانه فى يمين أسفل البطن .

والأمعاء الدقيقة مكسوة ومتعرجة فى لفات أو عُرَى ، ويساعدها على ذلك أنها مدلاة من جدار البطن فى غلاف اسمه المعاريق ، وهو جزء من الغشاء الرقيق الحساس الذى يبطن كل تجويف البطن وهو البريتون .

٢ - الأمعاء الغليظة :

مقسمة إلى الأعور (لأنه ذو فتحة أو عين واحدة) ، والقولون الصاعد ، والقولون المستعرض ، ثم القولون النازل ، فالقولون السيني (لأنه شبيه بحرف « S » الذي يقابل حرف السين) ، وأخيرا المستقيم وينتهي بالشرج .



شكل (٦) : الأمعاء

والأمعاء كلها ، دقيقتها وغلظها ، تحركها عضلات فى طبقتين ، طولية خارجية ، ودائرية داخلية ، ويبطنها فى جوفها الغشاء المخاطى . أما العضلات فمهمتها خلط الطعام وتحريكه بدفعه التمعج ، الذى سبقنا شرحه عند الحديث عن المعدة . وأما الغشاء المخاطى فوظيفته الهضم والامتصاص : الهضم بفعل إنزيمات الأمعاء والبكترياس وصفراء الكبد التى تحول الغذاء إلى مستحلب من الدهون والبروتينات هو الكيلوس ، ثم يمتص بفضل ثنيات الغشاء المخاطى وأهدابه المخملية الدقيقة (الزغابات) التى تنتشر على سطحه فتوسع من نطاقه وتهبىء له الانتقاء ، والمكونات الممتصة تنتقل إلى الدم مباشرة أو بعد مروره فى الوريد البابى إلى الكبد . يصل الغذاء إلى نهاية الأمعاء الدقيقة بعد ٤ ساعات من ابتلاعه ، ويصل إلى نهاية القولون بعد نحو ١٨ ساعة . والقولون دوره محدود : امتصاص الماء والملح ، وتركيز البراز وتخزينه إلى أن يحين وقته فيطرد

أما الزائدة الدودية ، وطولها نحو ٩ سم ، فهى جزء منقرض من الأعر ، ولا وظيفة لها ، إلا أن تجمع العقد اللمفية فى جدارها يصبح مصدرا للالتهاب أحيانا .

وأهم الأمراض التى تصيب الأمعاء هى :

(١) الإسهال

الإسهال ، كالإمساك ، مسألة نسبية إلى حد ما ، بمعنى أن ما يعتبره شخص ما إسهالاً قد يكون أمراً طبيعياً بالنسبة لشخص آخر . ونفس الشيء يمكن أن يقال عن الإمساك . والاعتبار الأول فى تعريف الإسهال (والإمساك) هو لقوام البراز ، ثم لعدد مرات التبرز . فالإسهال هو إخراج براز سائل أو شبه سائل ، ويكون ذلك مصحوباً عادة بكثرة عدد مرات التبرز . والإمساك عكس ذلك ، أى هو إخراج براز أكثر صلابة وجفافاً من

المعتاد ، وعلى فترات متباعدة ، ويكون الإخراج عادة مصحوبا بشيء من العسر أو الألم . وحجم البراز ووزنه فى الإمساك عادة قليل ، أما الإسهال فقد يتجاوز وزن البراز فيه المتوسط الطبيعى وهو ٢٠٠ جرام فى اليوم .

لذلك عندما يلجأ المريض إلى الطبيب شاكيا من الإسهال (أو الإمساك) ، فعلى الطبيب أن يستوضحه عما يعنيه بذلك . بعض المرضى مثلا يشكون من « الإسهال » فى حين أن مشكلتهم الحقيقية هى سلس البراز من ضعف السيطرة على عضلات الشرج . والمريض المصاب بورم فى المستقيم قد يسمى المخاط والدم الذى يخرج منه إسهالا ، بينما برازه فى الواقع طبيعى أو مائل لليبوسة .

وسؤال المريض تفصيلا عن كل ما قد يكون له علاقة بشكواه من ظروف وملابسات ، وما قد يكون صاحبها من أعراض أخرى وعلامات ، أمر بالغ الأهمية لا فى تشخيص سبب الإسهال أو الإمساك فحسب ، بل فى تشخيص معظم أمراض الجهاز الهضمى ، وقد لا تغنى عنه فى ذلك أدق الفحوص المعملية وأكثرها تكلفة . فإسهال الأمعاء الدقيقة مثلا قد يحدث فى أى وقت من اليوم ، وقد يوقظ المريض من نومه ، وإن كان مصحوبا بألم فهو فى وسط البطن ولا يصرفه خروج البراز ، والبراز فى هذه الحالات قد يكون مائيا ، أو يكون دهنيا فاتح اللون كريه الرائحة . أما إسهال الأمعاء الغليظة فيحدث عادة فى الصباح عند الاستيقاظ من النوم ، وألمه يحس عادة فى الجانب الأيسر السفلى من البطن ويزول بعد التبرز ، والبراز قد يكون مائيا ، وقد يحتوى على مخاط ودم أحمر .

أنواع الإسهال :

الإسهال يمكن تقسيمه عموما من ناحية الأسباب إلى حاد ، ومزمن أو متكرر .

١ - الإسهال الحاد :

قد يكون نتيجة عدوى ميكروبية أو طفيلية ، أو لا يكون . الإسهال الميكروبي يصحبه عادة أعراض عامة كارتفاع الحرارة والغثيان أو القيء ، ومن أمثلته التسمم الغذائي بالميكروب المكور العنقودي ، وفيه يصاب عدة أفراد تناولوا نفس الطعام في وقت واحد ، أو التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي ، أو إصابة الأمعاء بميكروب السلمونيلا (الذي يسبب أيضا حمى التيفود والباراتيفود) ، أو ميكروب الشيغلا (المسبب للدسنتاريا الباسيلية) ، أو الميكروب الذي وصف حديثا باسم « كامبيلوباكتر » أو « هليكوباكتر » ، والذي قد يسبب ألما شديدا يشبه ألم التهاب الزائدة الدودية . وهناك أيضا عدوى الأمعاء بميكروبات لا تُشاهد عادة إلا في الأوثى أو في مناطق متوطنة من بلاد العالم الثالث ، كالكوئيرا .

ومن الطفيليات وحيدة الخلية هناك سببان شائعان للإسهال : الأميبا ، والجيارديا لامبليا . وكل هذه الأمراض تنتقل عن طريق تلوث الأطعمة أو المياه من البراز إلى الفم .

وهناك نوع من الإسهال الحاد يسمى إسهال المسافرين أو السباح ، يحدث أثناء السفر أو بعده مباشرة ، ويكون نتيجة عدوى بأنواع سامية من ميكروب الإشريكية القولونية ، أو ميكروب السلمونيلا ، أو طفيلي الجيارديا أو الأميبا .

أما أسباب الإسهال غير الميكروبية فمنها التهاب الأمعاء غير النوعي ، أي الذي ليس له مسبب معروف ، ويشمل التهاب القولون التقرحي ومرض « كرون » - الأول يصيب القولون خاصة ، والثاني يصيب الأمعاء الدقيقة أساسا . وكلاهما قد يكون سببا لإسهال حاد أو متكرر أو مزمن . وكلاهما كان نادرا في مصر ، ولكنهما آخذان في الشيوع .

بعض الأطعمة (اللبن ، الإفراط فى الفواكه أو الألياف عامة) ، وبعض الأدوية (مضادات الحموضة - الديجوكسين - الكولشيسين - المضادات الحيوية) قد يسبب إمهالا حادا فى بعض الناس . وإسهال المضادات الحيوية قد لا يكون سببه مجرد حساسية فى المريض للدواء ، بل قد ينتج عن كبت بكتريا الأمعاء الطبيعية واستبدال ميكروبات أخرى بها لا تتأثر بالدواء وتحدث التهابا حادا فى الأمعاء .

■ إسهال اللبن ليس سببه حساسية المريض لمكوّناته البروتينى كما كان يظن ، بل يرجع عادة إلى نقص إنزيم اللاكتاز اللازم لهضم سكر اللبن (اللاكتوز) ، وهو نقص شائع بين المصريين .

٢ - الإسهال المزمن أو المتكرر :

هو الآخر قد ينتج من عدوى أو من غيرها . من أمثلة الإسهال نتيجة عدوى ميكروبية إصابة الأمعاء بالدرن ، وهذا قد يصاحب الدرن الرئوى (السل) أو يحدث مستقلاً . ومثل العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) . ومنها أيضا البلهارسيا المعوية وغيرها من الطفيليات كالهتروفيس (نيدان الفسيخ وسماك البورى) والأميبا والجيارديا .

أما أمراض الأمعاء غير المعدية والمصحوبة بالإسهال فأهمها أمراض سوء الامتصاص (ولها جزء خاص فى الكتاب) ، والتهابات الأمعاء غير النوعية السابق ذكرها ، ثم أورام الأمعاء . وهناك أسباب أخرى أقل شيوعا مثل التهاب الرئوب أو الارتوج (الجيوب) القولونية ، أو ضيق الشرايين المعوية ، أو الاستعمال المزمن للأدوية المسهلة ، أو إدمان الخمر أو المخدرات .

إلا أن أهم مشكلة فى تشخيص الإسهال المزمن وعلاجه هى التفريق بين

الأسباب العضوية السابق ذكرها ، وبين الإسهال العصبي أو الوظيفي الذي هو مظهر من مظاهر المعى العصبي . هذا الإسهال يستمر سنوات عديدة دون أن تصاحبه أعراض عامة كفقد الشهية أو نقص الوزن ، وتكون نوباته مرتبطة عادة بالتوتر والقلق النفسى . وعلى العكس من ذلك علينا دائما أن نبحث عن تفسير عضوى للإسهال إذا كان حديث العهد فى مريض مُبَيَّن ، أو إذا صاحبتة أعراض وعلامات فى أجهزة الجسم الأخرى كقرح الفم والتهابات العين وآلام المفاصل والطفح الجلدى والبواسير والنواسير . وخروج الدم فى البراز يدعونا دائما إلى أقصى درجات الحذر ، وإلى استعمال كل وسيلة ممكنة لتحديد مصدره وسببه .

تشخيص الإسهال : فحص مريض الإسهال لا يكتفى بجس البطن وفحص الجهاز الهضمى فقط ، بل يشمل فحص أجهزة الجسم الأخرى بحثاً عن علامات قد تدل على سبب الإسهال . وعلى الطبيب أن يتفحص أברים بالعين المجردة ، ثم يرسل به إلى المعمل للتحليل الميكروميكوبى والبكتريولوجى . وعليه أيضا أن يفحص الشرج والمستقيم بالإصبع وبالمناظر العادى ، فإن لم يكتف فهناك فحص الأمعاء بأشعة الباريوم ، ثم منظار الألياف الضوئية الذى يستطيع أن يستكشف مناطق من الأمعاء لا يصل إليها المناظر العادى . إن الفحص بالمنظار يستطيع أن يميز بين التهابات الأمعاء المختلفة ، كما أنه أساسى فى تشخيص أورام الأمعاء وتحديد طبيعتها ، ويقوم الفاحص عادة بأخذ عينات من جدار الأمعاء ، أو من الأورام ، عن طريق المناظر ويرسلها للفحص الباثولوجى .

أما إذا كان هناك احتمال أن يكون سبب الإسهال هو سوء الامتصاص من الأمعاء الدقيقة ، فإننا نلجأ إلى الفحوص المستعملة فى تشخيص هذه الحالة كتحديد نسبة الدهن فى البراز ، وقياس قدرة المريض على امتصاص سكر اللبن (اللاكتوز) وسكر الزيلوز ، وأخذ عينات من الغشاء المخاطى المبطن

للأمعاء الدقيقة عن طريق المنظار أو بواسطة كبسولة خاصة يبلعها المريض .

وهناك فحوص أخرى نلجأ إليها حسب الحالة كاستعمال النظائر المشعة لقياس قدرة الأمعاء على الامتصاص ، أو تحديد نسبة فيتامين ب_{١٢} أو حمض الفوليك في الدم ، الخ ... وفي الحالات التي يُشك فيها أن المريض مصاب بحساسية لمادة الجلوتين الموجودة في القمح ، يطلب من المريض ، من باب الاختبار ، أن يمتنع عن أى طعام يحتوى على القمح أو دقيقه ، فإن تحسنت حالته تحسنا ملحوظا كان ذلك دليلا قويا على احتمال إصابته بهذا المرض ؛ وكان في الوقت نفسه هو العلاج .

علاج الإسهال : يهدف أساساً إلى اكتشاف سببه ومحاولة إزالته ، ولكنه يهتم أيضاً بالمضاعفات الناجمة عنه كنقص التغذية واختلال ميزان الماء في الجسم والاكترولويات (الصوديوم ، البوتاسيوم ، الكلوريد) ويحاول تصحيحها ، لأن الجفاف قد يكون قاتلا ، خاصة في الأطفال حديثي الولادة ، ويمكن تداركه بإعطاء المحاليل المناسبة عن طريق الفم أو الوريد .

أما الأدوية المستعملة لوقف الإسهال في حد ذاته ، أى لعلاج كعرض بصرف النظر عن سببه ، فدورها محدود ولا يُنصح بتعاطيها بصورة عشوائية ، وهي تشمل الأدوية الماصة للماء مثل الكاولين والبيكتين ، والأدوية المثبطة لحركة الأمعاء مثل الديفنكسولات ولوبييراميد والأنتروبيين وأشباهه مثل ميفرين .

أما علاج السبب فيختلف بين الإسهال الحاد والإسهال المزمن . الإسهال الحاد ، كما قلنا ، سببه في أكثر الأحوال عدوى ميكروبية يمكن تحديدها عن طريق تحليل البراز والدم ، ثم يُعطى المريض الدواء المناسب وهو عادة أحد المضادات الحيوية أو الكيميائية . وفي الحالات العاجلة ، مثل إسهال

المسافرين والسياح ، يمكن إسعاف المريض بنواء مثل كوتريموكسازول ، عُرِفَتْ عنه فعاليته ضد كثير من الميكروبات المسببة للإسهال الحاد ، وذلك فى انتظار تحديد الميكروب والدواء المضاد له عن طريق المعمل . أما العدوى بالأميبا والجيارديا فيستعمل لها دواء مترونيدازول .

وأما الإسهال المزمن فقد يكون من عدوى بكتيرية أو طفيلية ، أو لا يكون ؛ ومن أسباب النوع الثانى سوء الامتصاص من الأمعاء ، التهابات الأمعاء غير النوعية ، وأورام الأمعاء ، ثم المعى العصبى .. وسيجد القارئ علاج كل سبب منها فى الجزء الخاص به من الكتاب .

(٢) الإمساك

الإمساك ، كما قلنا عند الكلام على الإسهال ، مسألة نسبية ، يدخل فى تعريفها قولم البراز ، وحجمه ، وعدد مرات التبرز ، وسهولته . فالإمساك يتميز بقلّة عدد مرات التبرز (أقل من ثلاث مرات فى الأسبوع) ، ويكون البراز قليل الحجم (أقل من ٣٠ جم فى اليوم) ، جاف القوام ، صعب الخروج .

فى الإنسان الطبيعى تبقى مخلفات الطعام فى القولون فترة قد تمتد إلى يومين أو ثلاثة ، يُمتص أثناءها الماء والأملاح ويزداد تركيز البراز ، ويكون المستقيم والجزء الأخير (السينى) من القولون خاليين . وعند التبرز تسرى فى الأمعاء موجات متعاقبة من التقلص اللا إرادى (تسمى « التمعج ») تدفع محتوياتها إلى المستقيم فينتفخ ، ويشعر الإنسان بالرغبة فى التبرز . عندئذ تنقبض عضلات جدران المستقيم وترتخى عضلة الشرج العاصرة التى تتحكم فى مخرجه ، ويساعد الإنسان الخروج بشئ من « الحزق » تنقبض معه عضلات البطن والحجاب الحاجز .

أسباب الإمساك :

١ - إهمال الغذاء الطبيعي إلى التبرز عند امتلاء المستقيم من أهم أسباب الإمساك المزمن ، لأنه يؤدي إلى فقد إحساس المستقيم بالانتفاخ واستجابته بإفراغ محتوياته ، فينشف البراز فيه ويصبح أشبه بالمدادة التي تعوق الخروج .

٢ - من أسباب الإمساك الشائعة في شعوب الدول المتقدمة قلة الألياف في الغذاء ، في شكل قشور الحبوب (الرّدة أو النّخالة) والخضر والفاكهة . وهو عيب أخذ في الانتشار في شعوب العالم الثالث إذ تتشبه بالغرب في نمط حياته وتجه إلى استعمال الدقيق « الفاخر » الخالي من الرّدة ، وإلى الوجبات السريعة التي تقل فيها الألياف . ووجود الألياف في الطعام يزيد من حجم البراز ، ويسرع في مروره بالأمعاء ، ويزيد من عدد مرات التبرز . لذلك أصبح إثراء الطعام بالألياف ، واستعمال الأنوية التي تزيد من حجم البراز من أحدث وأهم وسائل علاج الإمساك المزمن .

٣ - يساعد أيضا على الإمساك قلة الحركة والرياضة ، كما هو الحال في المسنين والمرضى طريحى الفراش من شلل أو كسر أو حمى أو جراحة .

٤ - الإمساك قد يكون عرضا لكثير من أمراض القولون والمستقيم والشرج ، مثل المعى العصبى ، وتكوين الردوب أو الرقوج (الجيوب) القولونية ، والتهابات الأمعاء ، وأورامها ، وتضيّقها ، والفتق ، والالتواء ، والانسداد ، والبواسير ، وشرخ الشرج ، والخراج حول الشرج ، وتقلّى الشرج ، وضيق الشرج .

٥ - الإمساك أيضا قد يكون عرضا لأمراض أخرى خارج الأمعاء ، خاصة أمراض الجهاز العصبى (الشلل ، إصابات الحبل الشوكى ، اضطرابات الأعوية الدموية بالمخ ، الخ ...) ، وأمراض الأيض والغدد

الصماء (مرض السكر ، نقص إفراز الغدة الدرقية ، زيادة الكالسيوم أو نقص البوتاسيوم في الدم ، التسمم بالرصاص ، الخ ...) .

٦ - الإمساك أكثر شيوعاً في النساء منه في الرجال ، ويكاد يكون عاماً في النساء الحوامل ، ولذلك أسباب عدة ، منها قلة الحركة ، وارتخاء العضلات ، وضغط الجنين .

٧ - هناك كثير من الأدوية تسبب الإمساك : الأفيون ومشتقاته من المخدرات والمسكنات مثل المورفين والكودايين - مضادات الحموضة المحتوية على الكالسيوم والألومنيوم - مركبات الحديد - الأتروبين وأشباهه - مدرّات البول - حبوب منع الحمل - أدوية ارتفاع ضغط الدم - الأدوية المستعملة في علاج الصرع ، والشلل الرعاش ، والاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية .

التشخيص : تشخيص سبب الإمساك يبدأ ، كما قلنا في تشخيص الإسهال ، بالاستماع الجيد للمريض ومساءلته عن كل تفاصيل علته : عدد مرات التبرز ، حجم البراز وقوامه ، هل هو على شكل شريط رفيع ، أو على شكل كرات صغيرة صلبة مثل زبل ، الغنم أو بعر ، الإبل ؟ هل هو مصحوب بألم ؟ هل يشعر بعدم اكتمال التفريغ ، أو بأن هناك سدادة تعوق الخروج ؟ هل يستعمل الإصبع أو شطّاف المرحاض لمساعد خروج البراز ؟ هل البراز مختلط بالمخاط أو الدم ؟ إن إفراز المخاط في الإمساك أمر شائع يلجأ إليه المعنى ليسهل المرور ، لكن خروج الدم أمر آخر يعمل دائماً بمزيد من الحذر . وبعض مرضى الإمساك من ورم أو انسداد في القولون قد يعرض لهم إسهال كاذب ، إذ يتمزج البراز السائل من أعالي الأمعاء عبر الورم أو المدة .

الإمساك الحاد يرحى بسبب عضوى ، بينما الإمساك المزمن الذي

لا يصاحبه ألم ولا نقص فى الوزن ينتج عادة من اضطراب وظيفى ، كالمعى العصبى ، وكإمساك النساء المصاحب للدورة الشهرية أو الحمل أو عقب الولادة .

يُسأل المريض عن نوع غذائه ، ومحتواه من الألياف والخضر والفواكه ، وهل يكثر من شرب الشاي ؟ وهل يذهب إلى الحمام فى مواعيد منتظمة ؟ وهل يستعمل أى أدوية قد تسبب الإمساك ؟ أو يمن تعاطى الأدوية المسهلة ؟

ثم يفحص المريض فحصاً شاملاً لا يقتصر على جس البطن ، بل يشمل أيضاً فحص الجهاز العصبى والبحث عن أى اضطراب فى الأجهزة الأخرى وخاصة الغدد الصماء .

من أهم طرق الفحص فى هذه الحالات فحص الشرج والمستقيم بالإصبع (شكل ٧) ، وهو فحص كثيراً ما يتجاهله الأطباء سهواً أو تقزراً ، وقد يفوتهم بذلك الكثير . وكان « أوزلر » الطبيب الاتجلىزى الذائع الصيت ، يعرف الطبيب الاستشارى بأنه « ذلك الذى يحرص على فحص الشرج بالإصبع بعد أن يكون الآخرون قد أمهلوه » . ثلث أورام المستقيم يمكن أن تُحس بالإصبع فى الشرج ، وتزيد النسبة إلى النصف إذا طلبت من المريض أن « يحرق » أثناء الفحص . وكم من مريض بسرطان المستقيم أمهلت حالته حتى استعصت على العلاج لمجرد إغفال هذا الفحص بالإصبع !



شكل (٧) : فحص الشرج والمستقيم بالإصبع

ثم يأتي بعد ذلك الفحص بمنظار الشرج ومنظار القولون ، وأخذ العينات من الأجزاء المشتبهة للفحص الباثولوجي . وهناك أيضا الفحص بأشعة الباريوم ، وتحليل البراز ، والفحوص المعملية الأخرى الخاصة بالغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية ، وبالجهاز العصبي ، وتحليل الدم لنسبة اليولينا والكالسيوم والبوتاسيوم والرصاص ، والعد الكامل للدم وسرعة الترسيب .

علاج الإمساك : الإمساك البسيط يستجيب عادة لزيادة كمية الألياف في الغذاء ، مثل الرّدة (ملعقة كبيرة عدة مرات يوميا) والخضر والفواكه . وبعض المرضى يفضل استعمال المستحضرات الطبية التي تُزِيد من حجم البراز . ولبوس الجلسرين يفيد بعض حالات الإمساك ، خاصة تلك التي يطول فيها خزن البراز في المستقيم حتى يجف . وهناك أيضا دواء بيساكوديل الذي ينبه عضلات القولون لتفريغ محتوياتها ، ويمكن تناوله في شكل حبوب قبل النوم أو لبوس عند الاستيقاظ .

فإذا لم تفلح هذه الوسائل البسيطة يمكن أن نلجأ إلى الأدوية المسهّلة التي تعمل عن طريق إثارة الأمعاء ، مثل مركبات السينثا ودانثرون ، ولكن ينصح دائما باستعمال هذه الأدوية في أضيق الحدود لأن اعتيادها يزيد من تبالّد الأمعاء .

وإذا كان الإمساك طارئا ومصحوبا بانتفاخ البطن من الغازات فيمكن الحصول على الراحة المريعة باستعمال حقنة شرجية ، خاصة في المرضى المسنين .

بعض الأطباء يصفون زيت البرافين أو المركبات المحتوية عليه خاصة في حالات الإمساك المصاحب للبواسير أو شرج الشرج ، ولكن مداومة استعماله غير مستحبة . وينطبق ذلك أيضا على المسهّلات المحتوية على سلفات المغنسيوم أو الصوديوم ، وغيرها من المسهّلات العنيفة المحتوية على الفينولغثالين أو الألوّفن أو الكسكارا . وهناك مسهل خفيف نسبيا هو اللاكتيولوز يناسب الإمساك المصاحب لأمراض الكبد وإمساك الأطفال والحوامل .

أما حالات الإمساك التي لها سبب عضوي واضح ، سواء في الأمعاء أو خارجها ، فعلاجها الناجع يتوقف طبعاً على إزالة السبب وإن استدعى ذلك في بعض الحالات إجراء جراحة ، كما في الاتسداد المعوي وأورام الأمعاء .

(٣) سوء الامتصاص

يحتاج الإنسان لكي يعيش أن يهضم طعامه ويمتصه ويتمثله . والهضم سابق على الامتصاص ، وتقوم به وظائف المعدة والأمعاء والبنكرياس والصفراء (إفراز الكبد والمرارة) ، فتعامل مع مكونات الغذاء من نشويات وسكريات وبروتينات ودهون وتحولها إلى عناصرها الأولية التي يسهل امتصاصها بعد ذلك عن طريق الأمعاء .

ولعل الشخص العادي لا يدرك مدى الجهد الذي تبذله الأمعاء ، خاصة الأمعاء الدقيقة ، في امتصاص الطعام . إن مجرد « سندوتش » صغير من الفول أو الطعمية لأبد لامتصاصه من طرحه على مسطح واسع لا يقل عن مساحة ملعب تيس ، ٢٠٠ متر مربع ، لتفتيشه وتمحيصه واختيار ما يفيد ورفض ما يلفظ . هذا المسطح الواسع الذي يفرشه الغشاء المخاطي للأمعاء ، والذي هو بمثابة بوابة النخل ، أو « الجمر » و « الجوازات والجنسية » معا ، هذا المسطح يبطن تجويف الأمعاء وتتضاعف مساحته بفضل ما فيه من ثنايات وزغابات وأهداب يتم من خلالها التعامل مع عناصر الغذاء . نفس الحذر ، والتفتيش ، والانتقاء ، سنواجهه مرة أخرى في بوابة الخروج ، ولكنها هذه المرة عن طريق الكليتين وما فيهما من ملايين الوحدات المسماة « نفرون » ، والتي تقوم بعملية التفتيش . إن عناصر الغذاء والتدقيق في انتقائها ليست عبثاً ، حتى لو كانت مجرد « سندوتش » من الفول أو الطعمية ، فهي مكونات الحياة التي تمتص من الأمعاء إلى مجرى الدم ، ومنه تعود فضلاتها لتخرج من الكلى .

يقوم الهضم بالمرحلة الأولى في تحويل مكونات الغذاء إلى عناصره البسيطة : الكربوهيدرات (النشويات والسكريات) تُفكّ إلى سكريات أحادية كالجلكوز مثلاً . والبروتينات تُحوّل إلى أحماض أمينية ، والدهنيات إلى

أحماض دهنية . والدهن بالذات يعتمد على إفراز البنكرياس وعصارة الصفراء التى تصب فى جوف الأمعاء حيث يتم هضم الدهن ثم يمتص .

يتم هذا الهضم فى المعدة والأمعاء بفضل تأثير الحمض الغزير الذى يُفرز من جدار المعدة ، ويشترك فى الهضم أيضا مجموعة كبيرة من العوامل المساعدة المعمة « إنزيمات » ، منها ما يتعامل مع البروتينات مثل « الببسين » ، ومنها ما يحلل الدهون وهو « الليباز » ، أو يكك النشويات مثل « الأميلاز » .

أما المرحلة الثانية فتقوم الأمعاء الدقيقة فيها بالعبء الأكبر ، وهو امتصاص الطعام بعد أن تم هضمه . هنا المحطة الأخيرة التى تمر منها كل الواردات ، ليس فقط النشويات والسكريات والبروتينات والدهنيات ، بل أيضا عناصر الغذاء الأولية كالصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم ، والمعادن المختلفة من حديد ونحاس وزنك ومنجنيز ، والفيتامينات بكافة أشكالها ، بل حتى مجرد الماء القراح - كل هذا يجب أن يمر بتصريح خاص من الأمعاء الدقيقة . والمعشول الأول عن ذلك هو الأهداب والرغابات الدقيقة التى تبطن الغشاء المخاطى للأمعاء كأنه رَغَب أو مخمل (قطيفة) مفروش .

أسباب سوء الامتصاص واختلاله : غنى عن القول إذن أن أسباب سوء الامتصاص قد تكون مشابهة على ذلك ، أى من قصور فى الهضم ، أو تنشأ من خلل فى امتصاص الأمعاء نفسها .

فمن أسباب قصور الهضم : أمراض المعدة (الالتهاب المزمن - الأورام - استئصال المعدة جراحيا) ، أمراض البنكرياس (الالتهاب المزمن - الأورام) ، أمراض الكبد والمرارة (تليف الكبد ، انسداد قنوات الصفراء أو تعرب إفرازها) .

أما أسباب اختلال الامتصاص من الأمعاء نفسها فهى كثيرة ، أهمها :

- ضمور الغشاء المخاطي المبطن للأمعاء ، وينشأ عادة من حساسية لمادة « الجلوتين » الموجودة في بروتينات بعض الحبوب كالقمح والشعير . تظهر أعراضه في الأطفال عادة على شكل إسهال مستمر ، وفي البعض الآخر يتأخر ظهور الإسهال حتى مرحلة البلوغ . وهناك نوع آخر من ضمور الغشاء المخاطي شائع الانتشار في المناطق الاستوائية من آسيا لكنه نادر في أفريقيا ، يُعتقد أن سببه عدوى ميكروبية أو فيروسية ، ويستجيب للعلاج بالمضادات الحيوية .

- مع التهاب الغشاء المبطن للأمعاء يختل أداؤه فيفسد امتصاصه . مثال ذلك عدوى ميكروبية كالدرن ، أو طفيلية كالجيارديا . أو يكون التهاباً غير نوعي ، أي بلا سبب معروف ، كما هو الحال في مرض « كرون » - وهو مرض يصيب عادة آخر جزء في المعى الدقيق ، ولكنه قد ينتشر بصورة متقطعة تشمل أجزاء أخرى من القناة الهضمية على طولها من الفم إلى الشرج . ومرض « كرون » هذا نادر الحدوث في مصر بالمقارنة ببلاد أوروبا وأمريكا ، ولكنه أخذ في الازدياد ، شأنه في ذلك شأن زميله الآخر وهو التهاب القولون التقرّحي غير النوعي .

- هناك أمراض أخرى غير التهابية قد تصيب الغشاء المخاطي للأمعاء عن طريق الأوعية الدموية أو اللمفية أو الأعصاب المتصلة بها كما هو الحال في مرض البول السكري ، وتصلب الشرايين ، والأورام اللمفية ، ومضاعفات بعض الأدوية مثل النيوميسين ، أو تعرض الأمعاء للإشعاع .

- أخيراً هناك مجموعة من الأمراض المختلفة التي تؤدي إلى نقص شديد في المساحة المتاحة للامتصاص من الأمعاء ، والتي سبق أن أشرنا إليها بمسطح الامتصاص الشبيه بملعب التنس ، والذي يغطي مساحة ٢٠٠ متر مربع . هذه المساحة قد تنكمش إلى أقل من النصف نتيجة استئصال جراحي ، أو من ناسور داخلي يوصل بين المعدة والأمعاء أو بين الأمعاء بعضها

والبعض ، يختزل طولها ويحولها إلى زقاق معزول تعيش فيه البكتيريا الضارة .

الأعراض : أعراض سوء الامتصاص وعلاماته كثيرة لأنها مرتبطة بكل مكونات الغذاء ووظائفه ، حتى الماء القراح كما أسلفنا . ويمكن تصنيف هذه الأعراض في مجموعات ثلاث :

(أ) أعراض إصابة الأمعاء نفسها ، كالإسهال والمنص والانتفاخ وكثرة الغازات والريح . ومن أهم أعراضها أيضا البراز الدهني ، وهو براز كبير الحجم عادة ، فاتح اللون ، لامع ، كريه الرائحة ، يطفو على الماء في حوض المراض ، وقد يحتاج إلى عدة محاولات من السيفون لشطف البراز العالق بجدران المراض .

(ب) أعراض نقص مكونات الغذاء وعلامات سوء التغذية ، كالهزال والأنيميا ولين العظام والتهاب الفم واللسان ، والتهاب الجلد ، وسيولة الدم مع سرعة النزف ، وتورم القدمين من قلة البروتين ، وضعف المقاومة عامة وكثرة الإصابة بالعدوى والنزلات .

(ج) الأعراض والعلامات المرتبطة بالمرض الأصلي المسبب لسوء الامتصاص . مثال ذلك مرض الدرن إذا كان هو السبب ، أو البول السكري ، أو الأورام اللمفية ، أو تليف الكبد .

التشخيص : تشخيص سوء الامتصاص ، إضافة إلى الفحص السريري (الإكلينيكي) والمآل التفصيلي عن تاريخ المرض ، يعتمد على وسائل وتحاليل معملية متعددة :

(١) تحاليل كيميائية هدفها اختبار الامتصاص من الأمعاء ، كقياس نسبة الدهن في البراز ، وهي عادة لا تتجاوز ٦ جم في اليوم الواحد ، ولكنها في مرضى البراز الدهني قد تزيد إلى ٢٠ جم أو أكثر . ويمكن أيضا اختبار كفاءة

الأمعاء فى امتصاص السكريات المختلفة كالجلكوز (سكر أحادى يساعدنا فى التفريق بين أمراض البنكرياس وأمراض الأمعاء كسبب للبراز الدهنى) ، واللاكتوز (سكر ثنائى يحتاج لتفكيكه إلى إنزيم خاص فى جدار الأمعاء) ، والزيلوز (سكر تخليقى يتوقف على الامتصاص ولا يحتاج إلى هضم سابق) . وهناك أيضا اختبارات خاصة لقياس امتصاص فيتامين ب_{١٢} وخمض الفوليك اللذين يسبب نقصهما نوعاً شبيهاً بالأنيميا الوبيلة . وتستعمل النظائر المشعة فى فحوص خاصة لمثل هذه الحالات .

(٢ .) فحص الأمعاء الدقيقة بالأشعة ، وتستعمل لها مادة « الباريوم » بالفم ، وهى تظهر العلامات المميزة لسوء الامتصاص بصورة عامة ، كما تكشف عن التغيرات النوعية والتشوهات التشريحية التى تصيب الأمعاء كال تضيق أو التامور أو الالتهاب أو الورم .

(٣) فحص نسيج الأمعاء فى عينة (خزعة) تؤخذ من جدار الأمعاء ، إما عن طريق المنظار ، أو بوساطة كبسولة خاصة يحدد مكانها فى المعى لأخذ العينة . وفحص جدار الأمعاء يساعدنا كثيراً فى تحديد أمراضها المختلفة وخاصة ضمور الغشاء المخاطى ، والالتهاب بأنواعه ، والأورام اللمفية ، وتمدد الأوعية اللمفية ، وأمراض الطفيليات كالبلهارسيا والجيارديا ، وأمراض نقص التغذية مثل البلاجرا .

العلاج : علاج سوء الامتصاص يتوقف أساساً على تحديد سببه ومدى إصابته .

- هناك أمراض يكفى لعلاجها تحديد نوع الغذاء ، مثلاً الامتناع عن شرب اللبن فى حالات نقص إنزيم اللاكتاز ، وهو الإنزيم اللازم لهضم سكر اللبن الذى يودى نقصه إلى الإسهال والمغص والانتفاخ ، وهو شائع جداً بين شعوب الشرق الأوسط ، وهؤلاء الناس يعرفون بالتجربة مشاكلهم مع اللبن ، وبعضهم يشربونه أحياناً كمسهل فى حالات الإمساك ، أما اللبن المخمر كالزبادى و « اللبن » والجبن فلا جناح عليهم .

- كذلك هناك نوع آخر من الإسهال سببه حساسية فى الأمعاء إلى البروتين الموجود فى القمح والشعير ، ويكفى لعلاج هؤلاء المرضى الامتناع عن تناول مثل هذه الأغذية كالخبز والمكرونه والبسكوت والكمك والبقسماط والبطاطس والعجائن المصنوعة من دقيق القمح ، وتستبدل بهذه أنواع أخرى صالحة للاستعمال كالأرز والذرة والبطاطس والبطاطا . أما الحالات المزمنة والشديدة فيحتاج علاجها عادة إلى مركبات الكورتيزون .

- أحيانا تتكاثر الميكروبات المتطفلة فى الأمعاء الدقيقة وتستعمرها إذا اختل بناؤها من التهاب أو ورم أو تدخل جراحى . وعلاج هذه الحالات بالمضادات الحيوية يفيدها كثيرا ويقلل من مضاعفاتها ، ولكنه لا يغنى عن إزالة هذه الأسباب : الالتهاب النوعى (كالدرن) وغير النوعى (مرض كرون) بأدوية الالتهاب المعروفة ؛ الأورام بالعلاج الجراحى أو الكيميائى ؛ والتشوهات التشريحية بتقويمها .

- سوء الامتصاص ، على اختلاف أسبابه ، يؤدى إلى مضاعفات متعددة يمكن تعويضها عن غير طريق الفم . فالمسحات الحرارية والبروتينات اللازمة لبناء الجسم ودفعه بالطاقة يمكن تغذيتها بالمحاليل المناسبة عن طريق الوريد . والمعادن الأساسية (الحديد والكالسيوم واليوتاسيوم) والفيتامينات الضرورية (أ ، ب المركب ، ج ، د ، ك) كلها يمكن استعاضتها عن طريق الحقن لأن الامتصاص من خلال الفم والأمعاء غير مضمون .

- كما قلنا من قبل إن الهضم سابق على الامتصاص ، فعلى أن نعالج هذه الأسباب متى وجدت : أمراض المعدة ، وأمراض البنكرياس ، وأمراض الكبد والقنوات المرارية - كل فى مجالها .

(٤) الإمعى العصبى

ويسمى عادة « القولون العصبى » أو « تقلص القولون أو المصران

التغليظ ، ، وهو حالة من الألم أو الضيق بالبطن مصحوب بشعور بالامتلاء والانتفاخ واضطراب البراز دون مرض عضوى واضح . والمعنى العصبى من أكثر أمراض الجهاز الهضمى شيوعا ، ومرضاه كثيرو التردد على الأطباء والتنقل بينهم . وهو آخذ فى الانتشار بين شعوب العالم الثالث إذ تقترب فى نموها من نمط الحياة الغربى بكل ما فيه من توترات عصبية وخروج على الطبيعة . وأغلب هؤلاء المرضى من الشباب وأواسط العمر ، وإن كان يصيب الأطفال أيضا ، ولكنه يندر أن يبدأ لأول مرة بعد سن الخمسين .

الأعراض : أعراضه الرئيسية هى ألم البطن ، واضطراب التبرز ، والانتفاخ .

الألم قد يتفاوت فى الشدة من مجرد شعور بالضيق إلى ألم شديد بالبطن ، يصيب أى جزء منه ، ويغلب أن يكون فى أسفل البطن خاصة فى جانبه الأيسر . وألم القولون قد يعقب تناول الطعام ، وكثيرا ما تزول متاعبه بعد التبرز أو خروج الريح ، والبعض الآخر يزداد ألمه عقب التبرز .

اضطراب التبرز قد يغلب عليه الإسهال ، أو يغلبه الإمساك ، والبعض تتناوبه الحالتان . وكثرة إفراز المخاط من الأمعاء شائعة ، وفى حالات الإمساك الشديد يصبح البراز الجاف أشبه « بزل » الماعز أو « بمر » الإبل ، ولكن خروج الدم مع البراز ليس سبباً مقبولا لمجرد النقص العصبى ، ويجب أن يفحص بكل دقة وحذر بحثاً عن أسبابه . وأما إسهال المعى العصبى فهو فى الحقيقة لهفة واستعجال فى خروج محتوياته ، ويغلب أن تكون هذه الالهفة وكثرة التردد على المرحاض عند الاستيقاظ فى الصباح ، وبعض المرضى لا يشعر أبدا بالرضا عن إفراغ كل محتوياته .

الانتفاخ قد يشتد حتى ليخلع الإنسان ملابسه من شدة الضيق ، ويصاحبه شعور بالامتلاء ، و « قرقرة » أو « زغونة » مسموعة . بعض الناس يحس

الضيق والألم خاصة أسفل الضلوع اليسرى ، وهو أعلى جزء من القولون ، فيظنون أنهم مرضى بالقلب أو الطحال . والبعض الآخر يشعرون بالتعب في الجانب الأيمن فيتوهمون مرضاً في الكبد أو المرارة . وآخرون متاعبهم في أسفل البطن ، يميناً أشبه بالتهاب الزائدة الدودية ، أو في النساء تشبّه الأوجاع بالتهاب المبيضين . وكثيراً ما تختلط أعراض القولون بأعراض المسالك البولية ، أو ينتشر الألم إلى الظهر أو إلى الفخذ .

التشخيص : فحص المريض يحدد القولون الألم عند جسّه ، وقد يُحس متقلصاً أشبه شيء بالخيار أو الحبل الغليظ خاصة في الجانب الأيسر السفلي من البطن . واستعمال المنظار القولوني لن يكشف أكثر من تقلص الأمعاء وغزارة الإفراز المخاطي ، ولكنه مع ذلك يساعد في استبعاد الأمراض العضوية الأخرى وأهمها الأورام . ونفس الشيء ينطبق على فحص القولون بأشعة الباريوم . هذه الفحوص المساعدة قد تكشف عن تغيرات أخرى مصاحبة لتقلص القولون وخاصة المعروفة بجيوب أو رتوج (ردوب) الأمعاء ، وهي انتفاخات أشبه شيء بالفقايع الصغيرة الناتجة من جدار الأمعاء . وهذه الجيوب الصغيرة قد تلتهب أحياناً وتزيد من متاعب القولون . وأما فحص البراز فقد يكشف عن مسببات أخرى بكتيرية أو طفيلية لها دور فعال ، وخاصة في أمراض المناطق الحارة كالسنطاريا والأميبيا والبلهارسيا . هذه المسببات يجب المبادرة إلى علاجها لأنها قابلة للشفاء .

إلا أننا يجب أيضاً ألا نعزو كل مشاكل المعى العصبى ، بكل ما تحته من قلق أو إحباط أو اكتئاب نفسى ، إلى أسباب وهمية لا أساس لها . ولعل أقرب هذه الحالات وأكثرها انتشاراً في مصر هي « الأميبا المعوية » . يروح المريض جيئة وذهاباً بين عيادات الأطباء ومعامل التحليل وهو يحمل معه عشرات الفحوص التي تؤكد وجود « أكياس أميبية » في البراز ، ومعها أيضاً عشرات « الروششات » مكتظة بعشرات الأدوية لعلاج السنطاريا الأميبية -

وكلها بلا نتيجة ، لأن العبرة ليست بالأميا بل بالإنسان ، الإنسان وقلقه وأصابه ومخاوفه . هل تعلم أن تشخيص « الأميا » فى البراز يتطلب فحصا طويلا ودقيقا وخبرة واسعة لتمييز هذا الطفيلي من عشرات غيره تتشابه معه ، منها مثلا قطرات الزيت أو خلايا فضلات الخضراوات ؟ هذا ما أثبتته دراسة نشرت فى مجلة الجمعية الأمريكية لأمراض الجهاز الهضمي ، أكدت فيها أن تشخيص الأميا أمر بالغ الصعوبة جدير بالخطر .

الأسباب : يتطرق بنا هذا المجال إلى الحديث عن أسباب المعى العصبى . فمن أهم هذه الأسباب :

١ - **القلق النفسى والاكتئاب** ، وقد يجتمع الأمران ، مما يحتاج إلى طول صبر وحسن إصغاء وتعاطف من جانب الطبيب المعالج . هذا التعاطف والتفاهم والشرح والتشجيع أساسى فى علاج المريض . والمعنى العصبى فى المفهوم الحديث جزء من اضطراب عام يشمل القناة الهضمية كلها من المرء إلى الشرج فيختل الأداء فى عضلات القناة وأعصابها ، ويؤدى إلى سرعة مرور المحتويات وهو الإسهال ، أو إلى العكس ، أى تقلص العضلات واحتجاز المحتويات مما يسبب الإمساك . وهذا الاختلال الوظيفى قد يعم فيشمل أجهزة أخرى ، كالمثانة البولية أو الرحم ، تؤدى إلى كثرة التبول أو عسر الطمث أو ألم فى الجماع .

٢ - هناك أسباب أخرى للمعى العصبى لها ارتباط وثيق بنوع الغذاء . بعض الناس لا يهضم اللبن لنقص فى إنزيم اللاكتاز ، وآخرون لا يهضمون الإفراط فى الفاكهة ، ونوع ثالث تمتلئ بطونهم بالانتفاخ والريح من أكل البقول كالقول والعنص ، أو الخضراوات كالبصل والثوم . وهناك عامل مشترك فى طعام الكثيرين ، وهو نقص الألياف مثل الرزّة المستبعدة من الحبوب وخاصة القمح . هذه الألياف عنصر مكون أساسى فى الغذاء السليم ، ودورها هام فى تكوين حجم البراز المطلوب لتثبيته عضلات الأمعاء وحفز

حركتها . لا غرابة إذن فى انتشار متاعب القولون ومشاكل الإمعاء المزمن مع اتجاه الشعوب النامية والآخذة فى النمو إلى نمط من الغذاء يفضل الدقيق الفاخر والرخيف الأبيض ، ولا يجد وقتاً للمضغ والهضم إلا للوجبات السريعة والمشروبات الغازية . هذه إذن ضريبة أخرى من ضرائب التخصر .

٣ - علينا أن نذكر أيضاً أن من أسباب المعى العصبى ما قد يعرض له من التهاب سابق ولو كان قد عولج من قبل ، وكثير من مرضى القولون العصبى يتكرون جيداً أن متاعبهم بدأت عقب علاجهم من حمى معوية أو سنطاريا أو بلهارسيا . مثل هذه الإصابات السابقة ، رغم شفافها ، تطلق نوعاً من الخلل الوظيفى فى أعصاب وعضلات القناة الهضمية يصعب استعادة توازنه ، خاصة إذا استقر على خلفية من التوتر النفسى

العلاج : علاج المعى العصبى ، بعد أن فصلنا أسبابه ودواعيه ، واضح ومحدد :

١ - علاقة متفاهمة ومتعاطفة بين الطبيب ومريضه ، أساسها الوضوح والتشجيع والثقة . على الطبيب أن يشرح للمريض أسباب علته ، وكيف نشأت أعراضها ، وكيف يمكن أن يتخلص منها . كثير من مرضى المعى العصبى يتوهمون أنهم مصابون بأمراض خطيرة ، وخاصة الخوف من الأورام والسرطان ، ويزداد خوفهم من كثرة التردد على العيادات وتناول الأدوية ، ومن يأسهم فى الشفاء القاطع ، يلومون الأطباء وينسون أنفسهم . جزء أساسى فى مهمة الطبيب المعالج أن يتأكد لنفسه ، وأن يؤكد لمريضه ، بالفحوص اللازمة من أشعة ومناظير وتحاليل معملية ، أن الأمعاء سليمة وبرئة من أى مرض عضوى ، وأن مشكلتها هى اضطراب وظيفى يمكن تصحيحه . وأن هذا التصحيح رهن بالمريض نفسه إلى حد كبير .

٢ - الأغذية : كثير من الناس لا يطبقون أنواعاً معينة من الأغذية ، أو لا يستريحون إلى الإفراط فيها : اللبن ، البقول ، بعض الخضراوات أو

الفاكهة ، الأسماك ، التوابل والحريفات (البصل ، الثوم ، الفلفل ، الشطة ، الكارى) . مثل هذه الأغذية لا حل لها سوى تجنبها .

٣ - هناك مصدر آخر لمصاب القولون سببه كثرة ابتلاع الهواء ، يظن الناس أن انتفاخ البطن وكثرة الريح سببه تخمر أو عفونة فى الأمعاء ، وحقيقة الأمر أن السبب الأكبر هو ابتلاع الهواء مع بلع الريق : إما إفرازات متساقطة من الأنف والحلق والزور ، أو مضغ اللبان ومصّ الحلوى ، أو بلع الهواء أثناء التنخين ، أو شرب المياه الغازية ، ثم هناك جفاف الحلق من شدة التوتر والقلق وما يصاحبه عادة من كثرة بلع الريق . وبعض الأطباء والمرضى يستريحون لأدوية طاردة للغازات مثل الفحم (الكربون) أو مركبات السليكون ، أو زيت التعناع .

٤ - الأدوية كثيرة ولا ننصح بالإفراط فيها إلا لضرورة محددة . الإمساك خير علاج له الردة : إما الردة العادية البلية ، وهى متاحة من المطاحن والمخابز ، ملعقة كبيرة ٣ مرات أو أكثر يوميا مع مزيد من الماء أو السوائل لكى ينتفش حجمها ، أو على شكل أقراص : قرصين أو ثلاثة ٣ مرات يوميا . وهناك أدوية أخرى هدفها تضخيم حجم البراز ، مستخلصة من سليولوز بعض النباتات ، يمكن استعمالها لمن لا يقبلون الردة . أما المليئات والمسهلات ، وخاصة العنيفة منها ، فلا ننصح باستعمالها كعلاج دائم .

الإسهال يستجيب فى بعض الحالات لتعديل الغذاء (انظر جزء « الإسهال ») ، وأحيانا نضطر إلى الأدوية .

ولمنع تقلص الأمعاء وآلامها هناك مجموعة كبيرة من أدوية البلاونا والأثروبين وأشباهها ، ننصح كبار السن عند استعمالها بالحد من الأعراض الجانبية وخاصة مشاكل العين (الجلوكوما) والمثانة (تضخم البروستاتا) .

وهناك أدوية مركبة تجمع بين مانع لتقلص الأمعاء ومجموعة من إنزيمات

الهضم ومعها أيضا طارد للغازات ، أو تجمع بين مانع للتقلص ومعها أيضا مهدىء للأعصاب أو مطمئن للقلق .

٥ - علينا أيضا أن ننكر أن القلق كثيرا ما يصاحبه الاكتئاب ، ومثل هذه الحالات قد تحتاج إلى رعاية متخصصة في الطب النفسي ، وإن كان الكثيرون من هؤلاء المرضى يفضلون البقاء تحت إشراف طبيبيهم الذي يستريحون إليه .

(٥) أورام الأمعاء

أورام الأمعاء يندر أن تصيب الأمعاء الدقيقة ، وأكثر هذه نسبيا هي الأورام اللمفية ، وأعراضها ألم بالبطن ، واضطراب في التبرز يغلب عليه الإسهال ، وارتفاع في الحرارة ونقص في الوزن . هذه الحالات تشتبه عادة مع التهابات الأمعاء وخاصة تدرن الأمعاء ومرض « كرون » ، ويصعب التفريق بين هذه الأمراض في المراحل المبكرة ، وإن كان الحذر يدعونا دائما إلى البحث عنها لأن أورام الأمعاء اللمفية لها انتشار خاص في منطقة البحر الأبيض المتوسط .

أما أورام الأمعاء الغليظة ، وخاصة سرطان القولون والمستقيم ، فهي من أكثر أورام الجسم انتشارا ، ومنفصل بقية هذا الجزء في الكلام عليها . وقد كان الاعتقاد الشائع بين الأطباء أن سرطان القولون والمستقيم هو مرض الشعوب الغربية في الدول المتقدمة النمو يعكس شعوب العالم الثالث ، ولكن الصورة الآن تختلف ، والباحثون يفسرون ذلك بتغير نمط الغذاء في هذا العالم الثالث والاتجاه فيه نحو مزيد من الدهون ونقص في الألياف مما يعطى حركة الأمعاء ويشجع نمو البكتريا الضارة التي تساعد على ظهور السرطان .

مشرّبه : سرطان القولون والمستقيم ينشأ عادة من ورم يبدأ حميدا في

أوله ، وهو الورم الغُدّي أو السِّليلة (بولب) الشبيهة بحبة العنب ، ناتئة من الغشاء المخاطي ، وقد تكون واحدة أو أكثر . ورغم أن السرطان ينشأ عادة من سليلة ، إلا أن كل سليلة لا تعنى بالضرورة أنها ستتحول حتماً إلى سرطان . على كل حال نحن نحرص على استئصال مثل هذه السلائل متى عثرنا عليها ، خاصة إذا كانت متعددة ، وأخطر من ذلك متى كانت وراثية أو عائلية . لذلك أصبح المصحح الشامل لمجموعات من الناس المستهدفة للسرطان بهدف تشخيصه مبكراً ، وحتى في المراحل السابقة على ظهوره ، أصبح هذا المصحح الشامل سياسة معتمدة في كثير من البلاد المتقدمة .

وأكثر الناس استهدافاً لهذا الورم هم من تجاوزوا سن الأربعين ، خاصة إذا شكوا من اضطراب في الأمعاء أو تأكد وجود الدم في البراز ولو بالتحليل المعملي المعروف باختبار « الدم المخفي » . مثل هؤلاء الناس يزداد الشك فيهم إذا كانوا من أقرباء الدرجة الأولى لمرضى بالسلائل أو بأورام القولون والمستقيم ، أو كان مريضاً يقترح القولون الشامل الذي استمر أكثر من عشر سنوات . هنا نلجأ عادة إلى فحص القولون بالمنظار فحصاً دورياً ، لأن الاكتشاف المبكر هو المفتاح الحقيقي لعلاج هذا المرض الخبيث .

الأعراض والتشخيص : أعراض أورام القولون والمستقيم ، سواء أكانت سلائل أم سرطاناً ، قد لا تكشف عن علامات محددة في المرحلة المبكرة ، ولكن متى اشتكى مريض باضطراب في طبيعة الأمعاء ، إسهال أو إمساك أو كليهما ، وكان قد جاوز منتصف العمر وأحس بالألم في البطن أو رأى دماً في البراز ، أحمر صافياً أو أسود مختلطاً ، فعلياً أن نفحصه بمنتهى الاهتمام والحذر ، خاصة إذا كان لونه باهتاً من الأنيميا ، أو حدث نقص ملحوظ في وزنه . والخطأ الشائع في مثل هذه الحالات أن يعتقد المريض أن مشكلته هي مجرد بواسير بسيطة لا تدعو إلى الانزعاج ، وأسوأ من ذلك أن تُجرى له عملية جراحية لاستئصال البواسير دون محاولة لفحص القولون فحصاً

شاملاً . كم من مريض فقد حياته لمجرد إهمال فحص الشرج والمستقيم بالإصبع والمنظار ، لأن البواسير قد تصاحب أمراضاً أخرى أهم منها بكثير :
تقرح القولون ، والسلال ، والأورام الخبيثة ، وكلها فى متناول العين الفاحصة واليد المتمرسه على بعد سنتيمترات من فتحة الشرج !

الفحص السريرى (الإكلينيكى) قد يكشف عن ورم فى القولون نفسه أو من تراكم البراز وراءه ، ولكن ذلك فى القليل . فحص الشرج بالإصبع - كما أشرنا من قبل - يكشف عن ثلث أورام المستقيم ، فإذا طلبنا من المريض أن يحزق ، أثناء الفحص استطعنا أن نحس نصف الأورام .

المنظار القولونى باستعمال الألياف الضوئية يمكن أن يكتشف جوف الأمعاء الغليظة كلها ، ومن خلاله يمكن أخذ العينات النسيجية للفحص من أى مكان مشتبه .

فحص المستقيم والقولون بأشعة الباريوم فى الحقنة الشرجية يساعد هو الآخر فى التشخيص . ولمزيد من المعلومات يمكن فحص البطن بأشعة الكمبيوتر المقطعية لتحديد مدى انتشار الورم من جدار القولون إلى الخارج .

ولما كان الكبد هو المحطة الأولى التى قد ينتشر إليها الورم من الأمعاء ، لذا نحرص دائماً على تقييم حالة الكبد بالفحص السريرى وبوسائل التصوير المعروفة : الموجات فوق الصوتية ، والنظائر المشعة ، وأشعة الكمبيوتر المقطعية .

أما المعمل فله تحاليله المفيدة : صورة الدم ، وفحص البراز للدم المخفى ، والبحث عن دلالات الأورام وخاصة المستند (*) المعروف باسم CEA (Carcino-embryonic antigen) .

(*) المستند : مادة تستثير المناعة فى الجسم لتكوين أجسام مضادة .

العلاج :

- علاج سلائل القولون والمستقيم يكون عادة باستئصالها من خلال المنظار ولو تعددت ، ثم تُفحص السلائل المتأصلة فحصاً باثولوجياً لمعرفة طبيعة الخلايا وما إذا كانت حميدة أم سرطانية . ولا ينتهى الأمر عند هذا الحد ، إذ يجب أن يُفحص القولون والمستقيم بالمنظار فحصاً سنوياً لاكتشاف أى سلائل جديدة لاستئصالها .

- أما سرطان القولون والمستقيم فعلاجه جراحى فى المقام الأول ، هدفه الاستئصال الجذرى إن أمكن ، وإلا اكتفينا بالعلاج الملطف . والعلاج الجفري يحتاج عادة لاستئصال نصف القولون ، الأيمن أو الأيسر حسب مكان الورم .

- أما علاج الأورام بالإشعاع ، أو بالكيمائيات مثل الفلورويوراسيل والميتوميسين فتتفع خاصة فى العلاج الملطف أو حيث لا يمكن استئصال الورم . ولا ينتهى الأمر أيضاً إلا بالمتابعة المستمرة للمريض : الفحص الإكلينيكى ، والمنظار ، وتحليل الدم خاصة للدليل CEA ، ثم فحص البطن بالموجات فوق الصوتية . هذا الفحص الأخير هدفه المراقبة المستمرة للكبد بحثاً عن أى أورام ثانوية فيه ، ومثل هذه الثانويات تستجيب أحياناً للعلاج الكيميائى عن طريق شريان الكبد ، وفى حالات نادرة يمكن استئصال فصر من الكبد إذا كان الورم الثانوى محدوداً .

(٦) التهابات الأمعاء

التهاب الأمعاء قد يكون حاداً قصير المدة ، أو مزمناً يطول بقاؤه . كذلك قد يصيب الالتهاب الأمعاء الدقيقة خاصة ، أو يقع العبء على الأمعاء الغلاظ أساساً ، وأحياناً يشمل المرض المنطقتين معا ، وقد يمتد إلى المعدة .

الأسباب : أسباب الالتهاب متنوعة : بعضها يوصف بأنه نوعى ، أى أن

سببه معروف ومحدد ، والبعض الآخر غير نوعى - أى أنه مجهول السبب .
وأَسباب الالتهاب النوعى قد تنشأ من ميكروبات معينة منها الفيروسات
والبكتريا ، ومنها الطفيليات والفطريات .

وهناك أنواع أخرى من التهاب الأمعاء تتميز باختلال جهاز المناعة فى
الجسم وتحث تغيرات محددة ، وإن لم تعرف أسبابها المباشرة . هذا الجهاز
المناعى قد يفرط فى استجابته لبعض الحالات ، وقد ينقص فى حالات أخرى
(كما فى مرض « الإيدز ») ، وفى كلا الحالتين تلتهب الأمعاء ويختل
أداؤها . أضف إلى ذلك أن نقص المناعة فى الجسم يفتح الباب للعدوى
بميكروبات غير عادية توصف أحيانا بأنها « انتهازية » ، تعيث فى الجسم
فساداً ويصعب تشخيصها وعلاجها .

التهابات الأمعاء إذن بالغة التنوع متعددة الأسباب يصعب حصرها ، كما أن
مجموعة الأمراض فى منطقة معينة وذات ظروف محددة يختلف نمطها من
مكان إلى مكان ، ومن زمان إلى زمان آخر . وفى بلاد العالم الثالث ، وأكثرها
استوائى أو شبه استوائى ، وحيث تتخلف وسائل الصحة من مياه وصرف
ونظافة ، تكثر الإصابة بمصادر العدوى وينتشر المرض . يكفى أن تعلم أن
النزلات المعوية وما يصاحبها من جفاف تقتل سنويا خمسة ملايين طفل فى
العالم . والأميبا المعوية تصيب أكثر من ٦٠٠ مليون شخص ، والبلهارسيا
٢٠٠ مليون (منهم على الأقل ١٠٪ من المصريين) . أما الديدان المعوية
فحدث ولا حرج . وأما التسمم الغذائى فظاهرة عادية يومية .

قارن ذلك بشعوب العالم المتقدم ، أوروبا وأمريكا ، حيث تقل النمطاريا
والطفيليات المعوية ويندر التيفود والدرن ، ولكن لها نصيبها هى الأخرى :
التفحرج القولونى غير النوعى ، ومرض كرون ، والتهاب ردوب أو رتوج
(جيوب) الأمعاء ، ومضاعفات مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) .

منعرض إذن بليجاز لطائفة من أهم أنواع التهاب الأمعاء ، ذاكرين أعراضها وعلاماتها وعلاجها .

(أ) التهاب الأمعاء الفيروسي :

الفيروسات كائنات دقيقة أصغر حجما من البكتريا ، تدخل عادة عن طريق الفم والخلق ، تصيب الأمعاء وتشمل معها المعدة عادة . أهمها النوع المعروف بالروتا فيروس ، يسبب مرضا حادا قصير المدة ، يتميز بارتفاع الحرارة ، والأوجاع والإعياء ، والغثيان أو القيء ، ثم أمغاص البطن والإسهال . هذا الإسهال قد يكون شديدا يؤدي إلى الجفاف وينذر بالخطر ، ويمكن تداركه بالمحاليل المناسبة المحتوية على الجلوكوز والالكتروليات اللازمة (الصوديوم ، البوتاسيوم ، الخ ...) . وأكثر المرضى يُشفون خلال أيام قبل أن تتاح الفرصة لتشخيص الفيروس بصورة مؤكدة .

هناك أنواع أخرى من الالتهاب المعوي الفيروسي يكثر حدوثها بين السياح وجماعات المؤتمرات ونزلاء الفنادق بصورة شبه وبائية . وهناك أسباب أخرى غير فيروسية في مثل هذا الإسهال - يسمونه « إسهال السياح » - منها بكتريا الأمعاء وبكتريا التسمم الغذائي ، وبعضها أنواع من الطفيليات مثل الجيارديا والأميبا . وكلها قصير المدة قابل للعلاج المناسب .

(ب) التسمم الغذائي :

ينشأ من ابتلاع مواد ضارة تلهب المعدة والأمعاء وتؤدي إلى المغص والقيء والإسهال وفقد الماء والعناصر الضرورية (الالكتروليات) التي تهدد الحياة . هذه المواد الضارة قد تكون أنواعا من البكتريا الملوثة للغذاء ،

تتكاثر داخل الجسم بعض الوقت حتى تحدث الأعراض ، أو تكون سموماً (تسمى « توكسين ») متولدة من البكتريا واجهزة للإصابة مباشرة .

مثال النوع الأول بكتريا السلمونيلا وبكتريا الكلوسترديوم ، مصادرها اللبن واللحوم والدواجن ، وتحتاج الأعراض لبعض الوقت قد يمتد إلى يوم أو أكثر . ومثال النوع الثانى هو توكسين الميكروب العنقودى (ستافيلوكوكس) ، مصادره من يشتركون فى تداول الطعام وإعداده كالطهاة ، وأعراضه عاجلة فى ساعة أو نحوها ، والقىء والإسهال الناجمان عنه يؤديان إلى الجفاف وانخفاض الحرارة .

وهناك نوع ثالث من التسمم هو « البتيولية » ، مصادره المأكولات المحفوظة والمعلبة الملوثة ، ويؤدى إلى شلل الأعصاب والأطراف .

التسمم الغذائى يغلب أن يصيب أفراداً عدة بشكل وبائى ، أكلوا من طعام مشترك . أنكر ، قبل أربعين سنة ، وأنا طبيب استقبال بقسم الحوادث بمستشفى قصر العينى ، أن كنت مكلفاً بالتصرف فى ذلك اليوم . وفجأة انهالت علينا سيارات الإسعاف تنقل إليها عشرات من المصابين بالقىء والإسهال ، والسبب : أكلة « كمنكسى » من عربة متجولة . كان المرضى يأتون فى أفواج : أولاً من حى الحسين ، ثم من حى الجمالية ، ثم من باب الشعرية ، فلما وجدت الواقفين قد وصلوا من حى العباسية اتصلت بشرطة النجدة أطلب منهم التدخل للتبض على بيع الكمنكسى !

العلاج فى مثل هذه الحالات لا يكتفى بغسيل المعدة وتسكين الألم وتعويض الجفاف واللاكتروليات المفقادة ، بل علينا أيضاً أن نجمع مخلفات القيء والبراز وبقايا الطعام المشبهة لتحليل وتحديد السبب ، وكذلك فحص الأفراد الذين يتداولون مثل هذه الأطعمة لوقاية المجتمع .

هناك أسباب أخرى للتسمم الغذائى يجدر بنا أن نذكرها ولو لمجرد

الحصر . هناك أجناس من النباتات السامة قد تختلط بمصادر الطعام ، أشهرها أنواع معروفة من « عيش الغراب » ، يكثر أكلها في أوروبا لا في مصر . وأنواع أخرى من الفطريات تختلط بالحبوب كالقمح يجدر بنا أن ننتبه لها . ومصادر أخرى حيوانية خاصة الأسماك والمأكولات البحرية تسبب أحيانا التسمم ، وهو أمر آخر غير الحساسية الشخصية . ثم هناك التسمم الغذائي بالمواد الكيميائية ، منها المبيدات المستعملة ضد الفطريات والحشرات . وأخيرا هناك التسمم بالزرنيخ والتوكسافين وعشرات غيرها ، إن عَرَضاً أو عمداً ، ولكن هذا مجال آخر .

(ج) الكوليرا (الهبضة) :

مرض معدٍ حاد يتميز بإسهال شديد وقيء فيسبب فقدان السوائل والالكتروليتات مما يؤدي إلى جفاف الجسم وفشل الكلينتين . سببه ميكروب يلوث المياه والطعام من فضلات الإنسان ، يعيش متوطناً في مناطق من آسيا وخاصة الهند ، وينطلق في موجات وبائية إلى بلاد كثيرة ومنها مصر خاصة بعد موسم الحج .

العدوى بميكروب الكوليرا تمر بمرحلة حضانة تستغرق ساعات إلى أيام قليلة ، ثم يندفع القيء والإسهال بصورة عنيفة مصحوبين بالمغص وتقلص العضلات وهبوط الدورة الدموية ، وقد يفضى ذلك إلى الموت في ٢٤ ساعة . هناك حالات أخف من ذلك بكثير ، خاصة النوع المعروف بميكروب « الطور » ، وفي البؤرات التي تتوطن بها الكوليرا يكثر حاملو الميكروب الذين لا يشكون من أعراض أو من مجرد إسهال بسيط .

وفي السنوات الأخيرة حدثت ثورة في علاج الكوليرا بعد أن تنبهنا إلى أن سببها ليس خللاً في الامتصاص من الأمعاء لأنها سليمة ، وإنما السبب هو

فرط الإفراز منها . والعلاج الحديث يعتمد على تعويض الفاقد من الجسم بإعطاء محلول الملح والجلوكوز مضافا إليه البيكربونات (لمنع حموضة الدم) والبيوتاسيوم ، عن طريق الفم عادة أو فى الوريد إذا لزم الأمر . أما العلاج بالتتراسيكلين فقد يفيد أحيانا ، وأما التطعيم فمحدود القيمة قصير المفعول .

(د) التيفود والباراتيفود :

هذه المجموعة من بكتريا السلمونيلا (التيفود والباراتيفود أ ، ب ، ج) تسبب حمى مستمرة لعدة أسابيع مصحوبة باضطراب فى الأمعاء ، ومصدر العدوى هو مياه الشرب أو الأطعمة الملوثة من فضلات الآدميين (البول والبراز) من مريض أو حاملى الميكروب .

تنتشر هذه الأمراض بصورة متوطنة فى البيئات التى تتخلف فيها وسائل الصحة من شرب وصرف ونظافة ، وتنفجر أحيانا بشكل وبائى متى تهانت أجهزة الرقابة الصحية حتى ولو فى أرقى المجتمعات .

■ من أشهر هذه الحالات حالة « ماري التيفودية » ، وكانت حاملة لميكروب التيفود وتعمل طاهية فى نيويورك ، تسببت فيما لا يقل عن عشرة أوبئة مرض بها ما يزيد على خمسين مريضا توفى منهم ثلاثة .

ينتقل الميكروب بعد ابتلاعه من الأمعاء إلى الجهاز الشبكي البطاني (الكبد والطحال والعقد اللمفية ونخاع العظم) حيث يتكاثر ، وهى مرحلة الحضانة الكامنة وتستغرق أسبوعا إلى ثلاثة ، ينتقل بعدها ليغزو الدم بأعداد كبيرة فتبدأ الحمى وتستمر فى المتوسط ثلاثة أسابيع ، تتراجع بعدها حتى تشفى . وفى أثناء المرض يشعر المريض باضطراب الأمعاء ، إمساك أو إسهال ، وانتفاخ

البطن ، ويكون اللسان عادة مغطى بطبقة كثيفة ، والطحال متضخما محسوسا . أما فى الأطفال فيظهر التيفود عادة على شكل نزلة حادة فى المعدة والأمعاء يغلب عليها الإسهال الشديد .

ويتأكد تشخيص المرض بزرع الميكروب من الدم أو البول أو البراز ، ويساعد فى التشخيص ظهور الأجسام المناعية المضادة فى الدم (اختبار فيدال) .

والعلاج عادة بدواء الكلورامفينيكول ، وأحيانا نلجأ إلى الأمبسلين والكوترابموكسازول . وبعض المرضى ينتكسون بالحمى مرة أو أكثر ، ويستجيبون عادة لتكرار العلاج .

أمور تستحق الاهتمام :

يستطيع القراء أن يجدوا مزيدا من التفاصيل عن الأمراض التيفودية فى كتب الحميات والأمراض المعدية والوبائية ، إلا أننا رأينا ، فى كتابنا عن الأمراض المخصصة للجهاز الهضمى ، أن تلفت النظر إلى بعض الأمور ذات الدلالة :

- كثير من مرضى التيفود والباراتيفود يمارسون حياتهم اليومية دون أن ينتبهوا إلى ارتفاع درجة الحرارة ؛ هو مجرد إمساك أو إسهال أو مقيض أو انتفاخ بسيط ، إلى أن تشتد الحمى أو تتأزم المضاعفات فيلجأون إلى الطبيب .
- أخطر مضاعفات التيفود هى نزف الأمعاء وانتفاخها ، وأكثر حدوثها فى الأسبوع الثالث . مصدر المشاكل هو التجمعات اللمفية المسماة : **لُحُظَات** باير ؛ فى آخر المعى الدقيق ، تلتهب وتعرض للنزف أو النقب . علامات النزف : هبوط وإغماء ، انخفاض مفاجئ فى الحرارة وسرعة فى النبض ، شحوب فى اللون وعلامات الصدمة ، ثم براز مختلط بدم أحمر قاني أو أسود . وأهم علاج لإنقاذ الموقف : نقل الدم .

أما انتقَاب الأمعاء ، وقد يكون متعددا ، فيغلب أن يكون فى الحمى الشديدة المصحوبة بالإسهال والريح ، وقد يصاحب النزف ، وأحيانا يحدث فى أمون الحالات . علامات الانتقَاب : الصدمة المفاجئة والالتهاب البريتونى ، ألم فى أسفل البطن الأيمن (يُخطأ أحيانا على أنه التهاب فى الزائدة الدودية) وانتفاخ ، سرعة النبض وانخفاض فى درجة الحرارة أولا ثم ارتفاع ثان مع التهاب البريتون وازدياد فى عدد كريات الدم البيضاء . العلاج الناجز : المضادات الحيوية والجراح والمستشفى .

□ بعض حالات سلْمونِيلا التيفود والباراتيفود تصيب مرضى بلهارسيا الكبد وتضخم الطحال وتتخذ شكلا مزمنًا يختلف عن الحمى التقليدية ، يستمر ارتفاع الحرارة أسابيع وشهورا ، وتتميز بالتأرجح وتصاحبها القشعريرة حتى لتشبه أدوار الملاريا . مثل هذه الحالات تحتاج إلى علاج مزدوج : علاج التيفود أو الباراتيفود ، وعلاج البلهارسيا معاً .

□ المرارة تلتهب أحيانا التهاباً حاداً كجزء من الحمى التيفودية ، وأحيانا أخرى تصاب بالالتهاب المزمن ، وعندئذ قد تظل ساكنة ، أو تساعد فى تكوين حصوات المرارة ، أو تصبح وكراً لميكروبات السلْمونِيلا حاملاً لعدوى الآخرين .

(هـ) جيارديا لامبليا :

هذا الطفيلي وحيد الخلية واسع الانتشار فى العالم كله ، يعيش فى شكله « الخَضْرَى » متحركاً بوساطة هذب أشبه بالسوط فى طرفه ، أو يتحوصل ساكناً فى أكياس صغيرة هى وسيلته فى العدوى والانتقال بها من شخص إلى آخر عن طريق الدورة المعروفة : من البراز إلى الفم . يستقر الطفيلي فى مكانه المفضل وهو أعلى الأمعاء الدقيقة حيث يتوافر إفراز الصفراء ،

ويلتصق هذا الكائن الدقيق ببطانة الغشاء المخاطى للأمعاء فيعرقل أداءها ويعوق امتصاصها وخاصة للدهنيات .

أهم الأعراض الإسهال وسوء الامتصاص ، ويحدث هذا إما فى صورة حادة وخاصة فى إسهال المباح والمسافرين ، أو فى صورة مزمنة تمتد أسابيع وشهورا ، وأحيانا يظل الطفلى معاشاً للعائل دون أعراض تذكر . تكثر الإصابة بالجيارديا لامبليا فى الأطفال ، وتنتشر العدوى بين أفراد الأسرة وفى بيوت الحضانه ورياض الأطفال ، عندئذ فتش عن الإسهال وضعف النمو .

وسيلة التشخيص اكتشاف الطفلى فى البراز الطازج ، وقد يضطر أحيانا إلى البحث عنه فى محتويات الأمعاء العليا بشفطها من أنبوبة تدخل عن طريق اللقم أو الأنف .

العلاج باستعمال مترونيدازول أو تينيدازول .

(و) المنطاريا (الزحار) :

يطلق اسم المنطاريا على مجموعة من الأمراض المعدية التى تسبب التهاب الأمعاء الدقيقة والغليظة وتتميز بالإسهال المصحوب بالمخاط والدم فى البراز ، مع آلام بالبطن أو زحير (تَعْنَى) .

أشهر الأسباب نوعان : المنطاريا الباسيلية ، والمنطاريا الأميبية . أما البلهارسيا ، وهى مرض مصر المتوطن الأول ، فيجب أن نضمها أيضا إلى مجموعة المنطاريا كسبب ثالث مهم .

إلا أن أعراض المنطاريا كثيرا ما تتشابه مع أمراض أخرى نوعية أو غير نوعية تسبب التهاب الأمعاء ويصعب التمييز بينها أحيانا . وسنذكر فيما يلى وصفا موجزا لأهم هذه الأمراض .

(١) الدمنطاريا الباسيلية :

سببها ميكروب « شيجلا » الذى يشبه العصية [ومعناها « باسيل bacillus »] ، وهو على أنواع . وتنقل العدوى بالبراز من المريض أو حامل الميكروب إلى شخص آخر عن طريق ماء الشرب أو الأطعمة أو الذباب ، وتنتشر الدمنطاريا الباسيلية خاصة فى رياض الأطفال والمدارس والمعاهد من دورات المياه والمطاعم القذرة . تصيب الدمنطاريا أساساً الأمعاء الغليظة ، ويفرز الميكروب المادة السامة أو « التوكسين » الذى ينتشر ويمتد أذاه إلى ما بعد الأمعاء .

يبدأ المرض عادة فجأة : صداع وارتفاع فى درجة الحرارة ، غثيان وقىء ، مغص بالبطن وإسهال قد يصاحبه الدم . يستمر المرض فى الحالة البسيطة أياماً قليلة يشفى بعدها ، ويندر أن يتحول المريض إلى حامل مزمن للميكروب . أما الحالات الشديدة فالحمى فيها مرتفعة ، ووجع البطن مؤلم ، والتعنى والإسهال لا ينقطع ، والدم غزير ، وفقد سوائل الجسم يشرف على الجفاف . مثل هذه الحالات قد تفضى إلى مضاعفات خطيرة كالتهاب المفاصل ، والتهاب الأعصاب ، والتهاب قزحية العين ، والبعض يؤدى إلى ثقب الأمعاء والتهاب البريتون .

تشخيص الدمنطاريا الباسيلية يعتمد على فصل الميكروب من البراز أو أخذ مسحة من الشرج .

العلاج بأن يخلد المريض للراحة ، وتعويض سوائل الجسم المفقودة ، وتناول الأدوية المضادة .

وعلينا ألا ننسى أن الدمنطاريا الباسيلية ليست السبب الوحيد لهذه الأعراض ، أى ألم البطن والبراز المتكرر . هناك أيضاً أمراض الأميبا ، والبلهارسيا ، وتقرح القولون غير النوعى ، ومرض كرون ، والتهاب جيوب

القولون ، وأورام الأمعاء ، وعشرات غيرها . وحيثما اختلط الأمر وصعب التشخيص ، لجأنا إلى فحص القولون بالمنظار وأشعة الباريوم .

(٢) الدسنتاريا الأميبية :

تختلف عن الباسيلية من عدة وجوه : فهي أخف أثرا ولكنها أميل إلى المعودة والإزمان . سبب المرض هو الـ « إنتميبيا هستولتكا » ، وهو كائن وحيد الخلية يعيش متحركا في القولون ويفزو جدار الأمعاء ، وقد ينتقل منه إلى الكبد فيحدث فيه خراجا أو أكثر ، أو تسكن الأميبا وتتوصل في أكياس منيعة تستقر في جوف الأمعاء ثم تخرج مع البراز ومنه تنتقل إلى شخص آخر عن طريق الفم . ووسائل الانتقال هي الدورة التقليدية مع تلوث مياه الشرب والأطعمة والذباب .

أكثر مناطق الأمعاء إصابة بالأميبيا هي الأعور والقولون السيني والمستقيم . هنا تنفذ الأميبا في الغشاء المخاطي وتأكل فيما تحته فتقرحه ، وإن كانت هذه القروح تظل متناثرة تاركة بقية الجدار سليما فيما بينها ، وتلتئم هذه القروح بمرور الوقت دون أن تترك كثير ضرر في الأغلب .

يبدأ المرض عادة مُخَاتِلاً خفيف الأعراض : إسهال بلا حمى ؛ وجع بالبطن غير محدد وغير عنيف ؛ شعور بالضيق والقولون حساس عند جَمَمِه باليد ؛ الزُّحار (التعنية) قليل ، والدم في البراز نادر .

وتشخيص الدسنتاريا الأميبية عن طريق فحص القولون بالمنظار يبين القروح المتناثرة تاركة بقية الغشاء المخاطي سليماً فيما بينها ، وهو منظر يختلف عن الدسنتاريا الباسيلية وعن التهاب القولون غير النوعي حيث يكون غشاء الأمعاء ملتهبا التهابا شاملا منتشرا .

أما تحليل البراز فمصدر للتشخيص والبليلة في آن واحد ، لأن فحص

البراز بحثاً عن الأمييا المَرَضِيَّة (أى الإنتمِييا هستولنكا) يجب أن يفحص طازجاً ، أى بعد التبرز مباشرة حتى نستطيع التعرف على الأمييا وهى نشيطة متحركة قبل أن تسكن وتتوصل ، وإلا صعب تمييزها من أنواع أخرى من الأمييا المعسالة التى تعايش أمعاء الإنسان الطبيعى دون أى مرض ، وخاصة المعساة ، إنتمييا كولى . فإذا تحوصلت الأمييا المرضية وتحولت إلى أكياس ، وجدنا نفس الصعوبة فى التفريق بين أكياس الأمييا المَرَضِيَّة والأمييا المعسالة لأنها متشابهة لا يميزها إلا الخبير ، أضف إلى ذلك أن أكياس الأمييا نفسها تختلط فى شكلها مع عشرات أخرى من مكونات البراز وفضلاته التى لا تعنى شيئاً . من هنا نشأ فى الممارسة الطبية موقف غريب : إفراط فى تشخيص الأمييا من ناحية المعامل والأطباء (ونسميه حُب الأمييا أو الأمييا فيلبا) ، يقابله من الناحية الأخرى خوف مبالغ فيه من المرضى (رهاب الأمييا أو الأمييا فوبيا) .

هذا لا يعنى بالطبع أن الإصابة بالأمييا قليلة فهى منتشرة بمصر ولكن أكثرها من حاملى الأكياس ، أما الشاكرون منها فمعظمهم مرضى بالمعى العصبى (انظر جزء المعى العصبى ، بالكتاب) . وهذا لا يعنى أيضاً أنه ليس للأمييا مضاعفاتها التى قد تصل إلى حد الخطورة كما فى خراج الكبد الأميى ، ولكن هؤلاء أقلية (انظر أمراض الكبد فى الكتب المختصة) .

أما علاج الأمييا فله أدوية متعددة ، أكثرها استعمالاً هو المِترُونيدازول أو تِنيدازول . هذا بالنسبة للأمييا النشيطة المتحركة التى تلتهم أنسجة الأمعاء وقد تنتشر إلى الكبد . أما أكياس الأمييا فلها دواء ديلوكسانيد . وأحياناً نجمع بين الغرضين لعلاج الأمييا المتحركة والمنتكسة معاً . وهناك أدوية أخرى فعالة ومفيدة لعلاج الأمييا . أما مركبات الكوينولين ، فكانت قد تعرضت للاتهام بعد أن نُشرت من اليابان تقارير عن أعراض جانبية فى الجهاز العصبى والعين من تناول هذه المركبات . وقد ثبت لنا بالخبرة والتجربة ، فى مصر

وغيرها ، وعلى مدى خمسين عاما أو تزيد ، أن هذه المركبات ما زالت فعالة ومفيدة ، وأن المضاعفات المذكورة تقتصر على اليابان ومرتبطة بظروفها ، أو بسبب اختلافات عرقية أو عنصرية . وأما دواء الإميتين العتيد ، وأضراره على القلب معروفة ، فقد بطل استعماله . وبقي دواء أخير وهو الكلوروكوين الذى ينفع أحيانا فى علاج خراج الكبد الأميبي .

يجدر بنا أن نذكر أن كثيرا من الأدوية المستعملة لعلاج الأميبا لها مفعول آخر مزدوج كمضاد لليكترىا ، وهذا يفسر نجاحها فى علاج كثير من النزلات المعوية التى ليست دائما أميبية فى أساسها ولكنها تُحسب عليها . ومن الناحية الأخرى نلاحظ أن استعمال أدوية الإسهال والنزلات المعوية والمعوى العصبى ، قد انتشر بصورة مزعجة تقتفر إلى مشورة الطبيب وترشيد المستهلك . أضف إلى ذلك أن الصورة المعروفة للنزلات المعوية التقليدية قد اختل نمطها والتبس تشخيصها بعد أن تدخل العلاج المبتسر ، وكثير منه فى غير موضعه ، فحرّف مسيرة المرض وتحديد طبيعته .

(٣) بلهارسيا الأمعاء :

مرض البلهارسيا ، كما هو معروف ، مرض مصر المتوطن الأول ، يصيب ملايين الناس وخاصة فى المناطق الريفية ، ويستحق أفراد كتاب خاص لهذا المرض ومضاعفاته فى الممالك البولية والأمعاء والكبد والرئة والقلب وغيرها من أعضاء الجسم . إلا أننا فى نطاق كتابنا عن أمراض الجهاز الهضمى سنقتصر الكلام على بلهارسيا الأمعاء .

دودة البلهارسيا فى مصر نوعان ، أحدهما يصيب أساسا الممالك البولية ، وهو بلهارسيا (شستوسوما) هيماثيووم ، والآخر يصيب أساسا الأمعاء والكبد ، وهو بلهارسيا مانسونى .

تعيش دودة البلهارسيا فى الوريد البابى للكبد ، وترتحل إلى جدار الأمعاء

فتضع هناك بويضاتها . وفى طريقها إلى النفاذ خلال جدار الأمعاء ، تُحدث البويضات التهاباً فى الأمعاء تتفاوت شدته من تكوين تجمعات حبيبية وتسلّخات صغيرة إلى سلائل كبيرة تشبه الأورام وتسبب تقرحاً ونزفاً كثيراً . وقد يخدم الانتهاب فتتشر البويضات وتتكلّس (أى يرسب فيها الكالسيوم) محبنة ما نسميه « باللطعات الرملية » ، أو يحل محله نسيج ليفى كثيف يسبب تضيق الأمعاء والتصاقها .

تظهر أعراض بلهارسيا الأمعاء كأوجاع فى البطن محتملة ، واضطراب فى التبرز يغلب عليه الإسهال . أما الحالات الشديدة وخاصة المصاحبة للسلائل فلها علامات الدمسطاريا كما وصفناها : ألم شديد فى القولون ، ورُحار (تعنية) من التهاب المستقيم ، ومخاط غزير ودم فى البراز . وهناك أيضاً علامات أشمل : الأنيميا وسوء التغذية من النزف وضعف الشهية ، مظاهر التسمم من شدة التقرح والتقيح ، تورّم (تعجّر) فى السلاميات الطرفية لليد والقدم ، وقد يصلحبه تضخم فى الرسغ (المعصم) والكاحل .

وفحص البطن بجَمِّ اليد يبين القولون الآلم ، وقد يكشف عن تليفات والتصاقات حول المصران السينى تشبه الأورام وتسبب ضيق الأمعاء وتكاد تسدّها . أما سلائل القولون ، وهى زوائد التهابية نسيجية من بطانة القولون تشبه حبات العنب وتسمى الواحدة منها مليلة أو « بُولِب » ، هذه السلائل أو المليلات يصعب جَمُّها بملس اليد وإنما ترى بالمنظار أو بأشعة حقنة الباريوم ، وإن كانت السلائل الشديدة قد تبرز تلقائياً من خلال فتحة الشرج .

تشخيص بلهارسيا الأمعاء يعتمد على رؤية البويضات فى البراز ، وهى عادة من نوع « مانيمونى » ذات الشوكة الجانبية ، ويفحص البراز بالميكروسكوب إن وُجد إيجابياً . إلا أن كثيراً من حالات بلهارسيا الأمعاء توجد سلبية ، أى أن البراز خالٍ من البويضات ، خاصة إذا كانت الإصابة

مبكرة جدا ، أو خفيفة جدا ، أو طال زمانها حتى أصبحت « مقلنة » ، (أى لا تنطق بما فيها لاختفاء البويضات من البراز) . عندئذ نلجأ إلى منظار الشرج أو منظار القولون لأخذ عينة من الغشاء المخاطي تبحث فيها عن البويضات الكامنة . فإن تعذر هذا ، وهو أضعف الإيمان ، اعتمدنا على التحليل المناعى غير المباشر . أما سلائل القولون البلهارسية (لأن السلائل الأخرى قد تكون وراثية غدية ، أو من التهاب غير نوعى) فتكون عادة مكتظة بالبويضات يسهل كشفها ، ويساعدنا المنظار وأشعة الباريوم فى تحديد مدى الإصابة .

بقى أن نذكر أن إصابة الأمعاء بالبلهارسيا كثيرا ما تصاحب إصابات أخرى ، أهمها الكبد (وزميله الطحال) ، وأحيانا الرئة . أضف إلى ذلك أن العدوى بالبلهارسيا قد تكون مزوجة ، أى ببلهارسيا مانسونى وهيماتويوم معا ، كما أن الجهاز البولى قد يشارك الأمعاء فى الإصابة .

علاج البلهارسيا فى الماضى كان يعتمد على مركبات الأنتيمون بالحقن مثل الطرطير والفوادين ؛ كان علاجاً طويلاً كريهاً ينفّر منه أكثر المرضى ويسبب آثاراً جانبية خطيرة . ثم استحدثت أدوية فعالة يمكن تناولها بالفم ولمدة قصيرة منها « بلارسيل » و « أمبلهار » و « فانسيل » ، وبعضها توقف استعماله لكثرة أعراضه الجانبية . أما أحدث دواء لعلاج البلهارسيا بأنواعها الثلاثة (هيماتويوم ، مانسونى ، جابونيك) فهو برازيكوانتل ، ويؤخذ بالفم فى أقراص كل منها ٦٠٠ مجم ، والجرعة المعتادة للبالغين ٤ أقراص فى يوم واحد . هذا الدواء الجديد أحدث ثورة فى علاج البلهارسيا ومكافحتها لأنه دواء سهل التناول (بالفم) ، قصير المدة (يوم واحد) ، فعال فى البلهارسيا بنوعيه (البولية والمعوية) ، وخالٍ من الآثار الجانبية الخطيرة . (إلا أن بلهارسيا الأمعاء المعنيدة (مانسونى) قد تحتاج لتكرار الدواء أو لزيادة جرعته ، وأحيانا نستعين معها بدواء آخر هو أوكسامنيكوين .

وأما سنطاريا البلهارسيا المصحوبة بسلائل القولون والمستقيم فتحتاج إلى تدخل حاسم ورعاية خاصة : تعويض الدم والبروتين الضائع بنقل الدم والبلازما ، تطهير قروح الأمعاء وتقيحاتها بالمضادات الحيوية المناسبة ، قتل الديدان وبويضاتها بالأدوية التي ذكرناها ، ثم استئصال السلائل في دفعات عن طريق المنظار حتى نقضى عليها .

ويبقى أمر هام ، وهو وقاية المرضى متى تم علاجهم من معاودة التعرض للإصابة من جديد . فالبلهارسيا ، كما هو معروف ، مرض مهنى سلوكى اجتماعى يحتاج إلى تضافر كل الجهود لمكافحته والسيطرة عليه ، وإلا كنا كمن يحرق في البحر !

(ز) تدرن الأمعاء والبريتون :

كان تدرن الأمعاء (سَلَّ الأمعاء) مرضاً شائعاً في النصف الأول من القرن العشرين ، وكان معظمه ثانوياً للتدرن الرئوى . ولكن الرقابة الصارمة على مصادر العدوى وخاصة تعقيم اللبن ، ثم ظهور الأدوية الفعالة لعلاج الدرن بدءاً بالمستربتوميسين ، كل هذا ساعد في مكافحة المرض حتى أصبح تدرن الأمعاء في الدول المتقدمة أمراً منقرضاً يندر حدوثه . أما في مصر وكثير من دول العالم الثالث فما زال التدرن مرضاً وارداً يفرض حضوره في الممارسة «ايوبية» ، وإن كان درن الأمعاء قد أصبح الآن أغلبه أولياً (أى ليس ثانوياً لتدرن الرئة) .

يبدأ المرض باستقرار ميكروب الدرن في النسيج اللمفى للأمعاء ، وخاصة «لطخات باير» المتجمعة في أسفل المعى الدقيق ، أى في نهاية اللغائفى عند اتصاله بالقولون الأعور . هنا تتكسب الخلايا الملتهبة في تجمعات صغيرة كالدرنات تدفع طريقها إلى الغشاء المخاطى المبطن للأمعاء محدثة قُرْحاً

دائرية مستعرضة الشكل ، أو تجد طريقها إلى سطح الأمعاء وتنتشر في الغشاء البريتوني المغلف لها فتلهيه . كذلك يمتد الالتهاب من الأوعية اللمفية إلى عُد المساريق فتتضخم وتشارك في التهاب البريتون . ومرار الوقت يسود النسيج الليمفي الذي يطفئ الالتهاب ويكسوه ، ولكنه يؤدي إلى التصاق الأمعاء وتضييقها وانسدادها .

يصيب تدرن الأمعاء الصغار والكبار ، ويغلب أن يكون في الشباب . أعراضه ألم بالبطن وغيثان وإسهال ، ثم أعراض عامة كارتفاع الحرارة والإعياء ونقص الوزن . والفحص يبين ألماً محدداً في الجانب الأيمن السفلي من البطن ، عند التقاء اللفائفي بالأعور ، وقد يُحس كالورم إذا كان التليف كثيفاً . مثل هذه الحالات تصاحبها أعراض الانسداد المعوي الجزئي ، كالمغص الشديد والانتفاخ والإمساك ، أو تتلاصق أجزاء من الأمعاء وتتصل بينها التوامير فتسبب سوء الامتصاص . وأحياناً ينتشر الالتهاب الدرني فيشمل غشاء البريتون المبطن لتجويف البطن كله ، ويصبح ملمس البطن أشبه بالمعجن ، وقد يمتلىء البطن بانسكاب السائل الناضح من الالتهاب ، وهو نوع من الاستسقاء .

التشخيص عن طريق فحص البراز يندر أن يكشف عن وجود ميكروب التدرن ، فهو صعب عَصَى ، وإنما نعتمد على ارتفاع سرعة ترسيب الدم ، واختبار الجلد للدرن (وقد يكون سلبي) ، وفحص الأمعاء بأشعة الباريوم وبمنظار الأمعاء ، أما المنظار البريتوني فله فائدة خاصة في تشخيص التدرن البريتوني والاستسقاء . ويستكمل فحص المريض بأشعة الصدر فحصاً روتينياً ، وإن كانت النتيجة عادة سلبية .

لقاء اللفائفي (وهو آخر المعى الدقيق) بالأعور (وهو بداية القولون) منطقة استراتيجية تكثر فيها الأمراض ، فهي غنية بالأوعية اللمفية ، وهي

أيضا مخبأ يسهل الركود فيه والركون إليه ، كما أنها ملتقى للزائدة الدودية . والأطباء يعرفون جيدا أن الحفرة الحرقية اليمنى ، أى الربع الأيمن السفلى من البطن ، وهو مكان اللقاء بين المعى الدقيق والمعى الغليظ ، منطقة حساسة ومصدر كبير للأمراض ، وهو مصدر أيضا للحيرة والبلبلة . هنا مكان التهاب الزائدة الدودية ، والتهابات الأمعاء النوعية كالتيفود والتمنطاريا الأميبية والالتهابات الفطرية ، وتضخم العقد اللمفية ، والأورام بأنواعها ، والتصاق الأمعاء وانسدادها . إلا أن هناك ثلاثة أمراض معينة يهتم الأطباء بالتفريق بينها فى حذر شديد لتشابه أعراضها وهى : تدرن الأمعاء ، ومرض كرون ، والورم اللغفى . هنا تعيينا الحيلة أحيانا حتى نضطر إلى استكشاف البطن لأخذ العينات منها للتشخيص .

علاج تدرن الأمعاء والبريتون يستجيب عادة استجابة طيبة لأدوية التدرن الرئوى المعروفة : ريفامبين ، أيسونيازيد ، إيثامبيوتول ، وأحيانا الاستربتوميسين . والقاعدة هى الجمع بين دوائين على الأقل لمنع ظهور المقاومة فى الميكروب ، والعلاج يمتد عادة من ١٨ إلى ٢٤ شهرا متصلا . أما الجراحة فتلجأ إليها عند حدوث المضاعفات كانسداد الأمعاء أو تكوين الخراجات أو التواسير .

(ح) مرض « كرون » :

يرتبط هذا الاسم بالطبيب الأمريكى « بريل كرون » الذى وصف هذا المرض لأول مرة عام ١٩٣٢ ، وهو التهاب مزمن مجهول السبب يصيب القناة الهضمية ويتميز بتكوين تجمعات خلوية حبيبية . وكان كرون أول الأمر يظن أن هذا المرض يقتصر على نهاية اللغائفى فسمّاه التهاب اللغائفى النهائى ، ثم تبين أن الالتهاب قد يصيب أى منطقة فى القناة الهضمية من النعم إلى الإستم ، فسمّى المرض باسمه .

يتميز مرض كرون بأنه منقطع ، يصيب منطقة محدودة من الأمعاء ، عادة نهاية اللفائقي ، ثم ينتقل إلى منطقة أخرى ، وأحيانا يصيب القولون أو المستقيم ، أو يصعد إلى المعدة أو الفم . ويبدأ الالتهاب تحت الغشاء المخاطي ، ولكنه سرعان ما يمتد فيشمل كل ثخانة المعى ، فيغلظ ويتشق وتكون التضيقات والنواسير ، وتتضخم العقد اللمفية المجاورة له .

أعراضه ألم بالبطن متكرر ، وإسهال قد يمتزج بالدم ، وتشنجات أو نواسير حول الشرج ، ثم أعراض عامة كارتفاع الحرارة ونقص الوزن والتهاب المفاصل أو العين أو الجلد أو الكبد . ومن علامات المرض وفرة التليف وتكوين النواسير ، وهى توصيلات نافذة بين لفات المعى تؤدي إلى سوء الامتصاص ، أو تنفذ إلى المثانة أو المهبل أو إلى سطح الجلد .

مرض كرون مرض نادر فى مصر ولكنه موجود ، وهو مصدر للבלبلة ودعوة إلى الفحص الدقيق وامتحان فى التشخيص المقارن . مشاكله : الإسهال المزمن ، سوء الامتصاص ، نزف الأمعاء ، ورم فى الحفرة الحرقية أى فى ربع البطن الأيمن السفلى ، نواسير الشرج والمثانة والمهبل ، بثور الجلد ، التهاب المفاصل - وكلها مشاكل تدعو إلى التأمل وتحتاج إلى الخبرة . الجراحون يعرفون جيدا أن مرض كرون قد يشبه أحيانا مع التهاب الزائدة الدودية ، والباطنيون يلجأون إلى فحص الأمعاء بالأشعة والمنظار ، ويتساءلون : هل هو درن ، أم ورم ، أم كرون ؟ أحيانا يسعفنا المنظار بعينة كافية من الجزء المصاب ، وأحيانا أخرى نضطر إلى فتح البطن واستكشاف المرض .

والعلاج محدود الفائدة مع الأدوية : مركبات الكورتيزون ؛ دواء سلفاسلازين ؛ أما دواء المترونيدازول ففائدته كمضاد للبكتريا فى الحالات المتفحطة مثل نواسير الشرج .

فإذا فشل العلاج الباطنى ، أو نشأت مضاعفات كالنواسير أو انسداد

الأعضاء ، لجأتنا إلى الجراحة لاستئصال الجزء المريض ، والمبدأ دائما هو الحد الأدنى من الاستئصال لأن المرض بطبيعته متقلب وقابل للعودة .

(ط) التهاب القولون التقرّحي :

هذا مرض آخر نادر الحدوث في مصر ، ولكنه أكثر شيوعا من مرض كرون ، وهو أخذ في الانتشار . كنا نلّفن ونحن طلبة في كلية الطب ، من خمسين سنة ، أن هذين المرضين : مرض كرون والتهاب القولون التقرّحي ، مرضان غير موجودين في مصر . ثم أُتيحت لنا الفرصة في أوروبا وأمريكا لمعاينة هذين المرضين عن كثب ، وعرفنا لماذا يعتبرونهما الالتهابين الرئيسيين في بلادهم ، أما الدسنتاريا بأنواعها ، وأما التدرن أو التيفود فأمرراض للمناطق الحارة .

التهاب القولون التقرّحي إذن ما زال مرضا قليل الشيوع في مصر إذا قورن بالبلهارسيا أو الأميبا أو الدسنتاريا الباسيلية ، ولكنه أخذ في الانتشار دون شك ، ولعل ذلك نتيجة لتغير نمط الحياة نحو مزيد من التوتر العصبي أو اختلاف في الغذاء أو العادات ، لأن هذا المرض ما زال مجهول السبب ، ولذلك يسمى أحيانا بالالتهاب القولوني غير النوعي .

ينشأ المرض عادة كالتهاب في الغشاء المخاطي ، تتجمع الخلايا في حُفَر فتكوّن خراييج صغيرة تنفجر وتصبح قروحا سطحية . والمرض بطبيعته ميال إلى إصابة المستقيم وآخر القولون ، ولكنه قد ينتشر إلى أعلى حتى لقد يصيب القولون كله ، بل وقد يرتد إلى آخر المعى الدقيق . يظهر هذا المرض عادة في الشباب ، لكنه قد يبدأ في الطفولة ، وهو أكثر شيوعا في النساء من الرجال .

أعراضه الرئيسية إسهال متكرر أو مزمن ، براز يغلب عليه المخاط

وأحيانا الصديد والدم ، وقد يؤدي إلى تملّس البراز وقد المسيطرة على التحكم فى الشرج مما يسبب الحرج وينقص الحياة الاجتماعية . وفى الحالات الشديدة يصبح القولون مؤلما للمس قابلا للتمدد والانتفاخ . وهناك أيضا الأعراض والعلامات العامة : التهاب المفاصل ، التهاب الجلد ، التهاب العين ، التهاب الكبد والقنوات المرارية ، ارتفاع الحرارة ومدة الترسيب فى الدم ، تورم أطراف الأصابع ، الأنيميا والهزال .

هذا مرض قد يكون بسيطا حتى ليمر دون أن يشعر به أحد ، أو يتكرر وينتشر وقد ينتهى إلى السرطان . أخطر ما فيه أن يُنسى على أنه مجرد بواسير نازفة ، أو يُعفل على أنه إسهال عادى من مصران عصبى ، أو يُحسب على أنه دسنتاريا أميبية أو بكتيرية ويظل يعالج شهورا طويلة وبعضرات الأدوية رغم إصرار الإسهال ونزول الدم من الشرج !

ما أسهل الحل : فحص القولون بالمنظار ، والأشعة بحقنة البارיום . أما المنظار فيكشف عن التهاب الغشاء المخاطى المبطن للمستقيم التهاباً شاملا تختلف حدته من احمرار خفيف إلى استجابة سريعة للزرف من أقل احتكاك ، إلى قروح منتشرة أو احتقان وتورم فى الأنسجة المتهنكة تشبه فى ظاهرها السلائل الغدنية الحقيقية ولكنها مختلفة مبنى ومعنى . وفى كل هذه الحالات ننتهز الفرصة أثناء الفحص المنظارى لأخذ عينة نسيجية من الغشاء المخاطى لتحديد طبيعته .

أما فحص القولون بأشعة حقنة البارיום ، ويفضل أن يُجرى ذلك بعد هدوء التهاب ، فيكشف عن علامات المرض المعروفة : قصر القولون وضيق تجاعيده حتى يشبه الشريط ، وانتشار القروح فى بطانته ، ثم ظهور السلائل الكائبة فى الحالات المتقدمة . والفحص يحدد أيضا مدى إصابة المعى بالمرض : فالمستقيم عادة هو أكثر المصابين ، وقد يظل وحده ، أو ينتشر

المرض إلى القولون الميئي فالقولون النازل ، وقد يمتد حتى يشمل القولون كله . والسرطان من مضاعفات التهاب القولون التقرحي خاصة إذا طال به الأمد ، ورغم أن نسبة السرطان في هذا المرض أقل بكثير مما كنا نظن ، إلا أننا نحرص على الفحص الدوري بالمنظار في هذه الحالات تحسباً لأي مفاجآت نتصدى لها قبل تفاقمها .

علاج التهاب القولون التقرحي يعتمد على دواعين : سلفاسلازين ، ومركبات الكورتيزون . السلفاسلازين قرصه ٥٠٠ مجم ويعطى للالتهاب النشط ، فإذا بدأ الالتهاب أنقصنا الجرعة وداومنا استعماله شهوراً أو سنة كاملة لمنع انتكاسه . وبعض المشتقات الحديثة يفضلونها لخلوها من مادة السلفا ومشاكلها . أما الكورتيزون فيُحتفظ به عادة للحالات الشديدة أو لتلك التي لا تستجيب لعلاج السلفاسلازين ، وأحياناً يُعطى الكورتيزون عن طريق الشرج في شكل حقنة شرجية إذا كان الالتهاب محدوداً ومقتصوراً على المستقيم . والكورتيزون ، على أية حال ، ليس علاجاً وقائياً لمنع الانتكاس .

وأخيراً هناك الجراحة إذا فشل العلاج الباطني ، خاصة إذا استمر نشاط الالتهاب عشر سنوات أو أكثر مخافة حدوث السرطان . وبعض الجراحين يستأصلون القولون المصاب تاركين المستقيم والشرج حتى يحتفظ المريض بالسيطرة على التحكم في خروج البراز ، وآخرون يرون ضرورة استئصال المستقيم ، وعندئذ لابد من استعمال فتحة خارجية من جدار البطن لجمع البراز .

(٧) الديدان المعوية

نعيش ديدان الأمعاء في كل بلاد العالم ، إلا أن لها أهمية خاصة في العالم الثالث لانتشارها في المناطق الحارة الرطبة ولارتباطها بمصادر العدوى

وعلاقتها بنمط الزراعة ووسائل الوقاية والتتقيف الصحي . ففي تقرير حديث (*) ، على سبيل المثال ، تبين أن نسبة العدوى بديدان الأمكارس ١,٣ بلليون نسمة ، والآنكلستوما بليون ، والديدان الخيطية أكثر من ٥٠٠ مليون . هذه الديدان المعوية ، وكثير غيرها ، تقطن أمعاء الانسان ، بعضها يفضل الأمعاء الدقيقة وبعضها يفضل القولون والمستقيم ؛ منها ما يتعيش سلمياً ، ومنها ما يسبب الأمراض والأعراض . عرفها الأطباء منذ القدم ، وصنفها ابن سينا إلى الطوال العظام (الحيات) ، والصغار الدقائق (دود الخل) ، والأمراض (حب القرع) ، وكانوا يظنون أنها تنشأ بالتولد الذاتي من المخاط في داخل الأمعاء . أما الآن فنعرف أن كل دودة لها دورة حياة كاملة ، وأن الكثير منها يعيش في الحيوانات وينقل منها إلى الإنسان ، وأن العدوى هي وسيلة انتقال البويضات من البراز إلى الفم عن طريق تلوث التربة المزروعة ومنتجاتها ، أو مباشرة من شخص إلى شخص .

ثلاثة أنواع من الديدان :

ونصنف الديدان المعوية إلى ثلاثة أصناف رئيسية ، نعرض لأهم أنواعها في بلادنا :

- ١ - الديدان الأسطوانية : أنكلستوما - أمكارس - سترونجيلويدس - أكسيورس .
- ٢ - الديدان الشريطية : تينيا - هيمتوليس نانا .
- ٣ - الديدان المفلطحة : فاشيولا - هتروفيس .

أما البلهارسيا ، وهي دودة مفلطحة ، فتعيش أساساً في الأوعية الدموية

(*) جالسنز وآخرون : كتاب ، علاج الديدان المعوية ، ، شبرنجر (براين) ١٩٨٥ ، ص ١٨٣ - ٤٠٦ .

وخاصة الوريد البليبي للكبد ، ومنها تنتقل إلى جدران الأمعاء لتضع بيضها هناك ، وقد سبق لنا أن وصفنا بلهارسيا الأمعاء في جزء آخر .

الأمكستوما :

هذه الدودة الصغيرة تنتقل من التربة في مرحلتها المبكرة كيرقة تخترق جلد القدم وتغتر الرئة عن طريق الدم حتى يكتمل نموها فتستقر في الاثنا عشرى والصائم ، وفيهما تلتصق بالغشاء المخاطي وتسبب المغص والإسهال وتسرب الدم والبروتين من الجسم مما يؤدي إلى الأنيميا والأوديميا (انتفاخ الجسم بالماء) . وفي بعض الحالات تكون العدوى خفيفة فلا يشعر المصاب بأعراض ، وآخرون يمتلئ الواحد منهم بألف دودة أو أكثر .

التشخيص سهل باكتشاف البويضات في البراز ، والعلاج متاح لأكثر من دواء : مبندازول أو ألبندازول أو فلوندازول أو الكوبار . والأنيميا تستجيب بسرعة لطرود الحديد وأدوية مركبات الحديد .

الأسكاريس :

هذه دودة كبيرة تسهل رؤيتها في البراز وتدفع المرضى إلى الأطباء منزعين . وتعيش هذه الديدان في الأمعاء الدقيقة حيث تسبب المغص والإسهال ، وأحيانا تنكس أعداد كبيرة منها (تصل أحيانا إلى الألف) وتصبح مصدرا لانسداد الأمعاء أو الزائدة الدودية أو القنات المرارية .

التشخيص أيضا باكتشاف البويضات في البراز ، والعلاج بأدوية البندازول كما سبق .

السترونجيلويدس :

أقل شيوعاً من غيرها ولكنها أشد ضرراً . تعيش في الأمعاء الدقيقة وتسبب المغص والإسهال والقيء ، وتؤدي إلى ضمور الغشاء المخاطي وسوء الامتصاص ونقص الوزن .

التشخيص باكتشاف البويضات والبرقانات في البراز ، والعلاج بأدوية البنيدازول ، ولكن النتيجة أقل أثراً ، وأحياناً تستجيب لدواء ثيابندازول .

الأكسيورس (الإيتروبيوس) :

هذه الديدان الدقيقة المعروفة بالديدان الخيطية أو الدوسية ، ويشبهها الناس « بديدان الموش » ، تعيش أساساً في القولون والمستقيم وتخرج من الشرج حيث تلتصق بالجلد المحيط به وتصبح مصدراً للحكة (الهرش) ، وقد تمتد إلى منطقة المهبل في البنات ، وأحياناً تسبب التهاب الزائدة الدودية .

العدوى عائلية : العدوى بالأكسيورس شائعة بين الأطفال خاصة ، وعلاماتها القلق وحكة الشرج أثناء النوم ليلاً ، وصرير الأسنان ، وغزارة اللعاب . ومشكلة ديدان الأكسيورس أنها عدوى عائلية ، أي تصيب معظم أفراد الأسرة في حياة مشتركة وتنتقل من فرد إلى فرد ، وأحياناً يعدى الشخص نفسه بنفسه ، أي بابنلاع بويضات الديدان الكامنة تحت أظفاره ، فتتم وتستكمل دورتها بعد نحو أسبوعين .

العلاج الجماعي والوقاية : علينا متى وجدنا مصاباً أن نعالج كل أفراد الأسرة في وقت واحد ، والجرعة للبالغين والأطفال هي فلونيدازول أو مبنيدازول ١٠٠ مجم مرة واحدة ، وتكرر بعد أسبوعين أو ثلاثة أسابيع لمنع تكرار العدوى . هذا بالإضافة إلى وسائل النظافة والوقاية المعروفة : غسل

البدن جيداً قبل الأكل وبعد التبرز ، وعلى الملابس الداخلية ، وتقليم الأظافر .

التينيا :

دودة شريطية على نوعين : « سوليم » (أى الوحيدة) التى تعدى لحم الخنزير ، و « ساجيناتا » التى تعدى لحم البقر . وتثبت الدودة رأسها فى الغشاء المخاطى للأمعاء الدقيقة ثم تنمو حتى يصل طولها إلى ٧ - ٢٥ متراً .

الأعراض عادة خفيفة : غثيان وتعب بالبطن ، و نادراً انسداد الأمعاء ، والمرضى عادة يحسون بوجود الدودة عندما تخرج قطع منها كورق البصل مع البراز .

العلاج بدواء نيكلوزاميد ، كل قرص ٥٠٠ مجم ، والجرعة للبالغين والأطفال أكبر من ٦ سنوات هى ٤ أقراص مرة واحدة أو مقسمة فى الصباح ، ونصف الجرعة للأطفال أقل من ٦ سنوات إلى منتين . ويجب أن تمضغ الأقراص قبل بلعها بالماء ، ثم شربة ملح بعد ساعتين لطرد الدودة بعد موتها . ودواء برازيكونتل المستعمل فى علاجها البلهارسيا ينفع أيضاً فى علاج الديدان الشريطية .

هيموليس ناتا :

دودة شريطية صغيرة لا يتجاوز طولها ٤ سم ، تنتقل مباشرة من شخص لآخر ، شائعة العدوى فى الأطفال ، وأحياناً تزدهم أعدادها فى أمعاء الطفل فتسبب المصق والقيء والإسهال . تشخيصها بفحص البراز ، والعلاج كالمسابق .

فأشيولا :

هذه الدودة الكبدية دودة مفلطحة صغيرة تنطفل فى القنوات المرارية للكبد والمرارة وتسبب ألما فى الكبد أو يرقانا ، وأحيانا تؤدى إلى حمى غامضة السبب مصحوبة بأنيميا وزيادة ملحوظة فى نوع معين من كريات الدم البيض (ألفية الإريزين) .

التشخيص يعتمد على اكتشاف البويضات فى البراز أو فى عصارة الاثنا عشرى ، وكذلك بالفحص المناعى للدم . وهى دودة صعبة التشخيص ، صعبة العلاج .

هتروفيس :

هذه دودة أخرى مفلطحة صغيرة وعنيدة ، أشهر مصادرها للعدوى السمك البورى والفسيوخ ، ولذلك ينتشر وجودها فى أهل الدقهلية والمنزلة . تعيش الدودة فى الأمعاء الدقيقة وتلتصق بالغشاء المخاطى فتخرقه وتلهبه ، وتسبب ألم البطن وفقد الشهية والغثيان ونقص الوزن وأحيانا الإسهال والتعنى .

فحص البويضات فى البراز يحتاج إلى خبرة ، والعلاج ليس دائما سهلا .

مبادئ عامة لتوقى العدوى بالديدان المعوية :

- الخضراوات والفواكه الطازجة تغسل جيدا قبل أكلها .
- الأسماك تطهى جيدا ، والمأكولات البحرية يجب أن نطمئن إلى سلامة مصادرها ونظافتها قبل استهلاكها ، كالفسيوخ وأم الخلول .
- اللحوم غير المطهية جيدا ، خصوصا اللحوم شبه المحفوظة كالمرتديلا

واللنشون والبسطرمة ، يمكن أن تنقل أنواعا من الديدان وغيرها إذا أعدت من لحوم مريضة أو فاسدة ، ودور الرقابة على الأغذية أساسى .
□ الباعة الجائلون والطهاة والعاملون فى تناول الأطعمة وتداولها يجب أن يخضعوا للفحص الطبى والرقابة الدورية حتى نضمن خلوهم من مصادر العدوى .

□ النظافة الشخصية والعادات الصحية السليمة هى الملاذ الأول والأخير : قص الأظافر ، غسل اليدين قبل الأكل وبعده ، نظافة المراض قبل وبعد استعماله ، الاهتمام بالملابس الداخلية وغليها ، وتجنب استعمال ملابس الغير .

الفصل السادس

الشرح

عندما عين فرعون طبيبه الخاص في وظيفة « حارس شرح الملك » كان يعلم جيدا أهمية هذا الجزء من جسمه ، وضرورة الحرص على سلامته وراحته . فالشرح ، رغم وظيفته الهامشية ومكانه الأخير في القناة الهضمية ، إلا أنه مفرد الحس ومصدر لكثير من المشاكل . يتصل الشرح بعد نهاية المستقيم لمسافة تمتد نحو ثلاثة سنتيمترات تحوطها وتحكمها عضلتان عاصرتان : داخلية وخارجية . هنا تنتقل بطانة القناة الهضمية من الغشاء المخاطي إلى بشرة سميكة جلدية ، ويتم الانتقال عند خط متعرج يشبه أسنان المشط . وهنا أيضا مجموعة كبيرة من الأوردة والأعصاب والغدد والتجاويف الكامنة التي تسهل إصابتها وتصبح مصدرا للمتعاب .

وأهم الأمراض التي تصيب الشرح هي :

(١) البواسير

البواسير هي نوع من الدوالي ، أي أوردة متضخمة ومتعددة نتيجة احتقان وانضغاط وركود . أهم أسبابها الإمساك و « الحزق » ، خاصة في الحوامل . والبواسير نوعان : داخلية فوق خط أسنان المشط ، وخارجية تحته .

الأعراض : أهم أعراضها خروج الدم من الشرح ، ويكون عادة دما صريحا أحمر اللون ، يلوث ورق التواليت أو الملابس الداخلية ، ويقطر

منفصلاً بعد خروج البراز . وعندما تزامن البواسير ويكرر النزف منها تصبح مصدراً للألم . وأحيانا تتكلى البواسير وتخرج من فتحة الشرج عند التبرز ثم تعود إلى الداخل ، ولكنها أحيانا تختنق وتتجلط وتلتهب وتصبح مصدراً للألم الشديد والتورم .

التشخيص : تشخيص البواسير يتطلب فحصاً متأنياً دقيقاً يشمل مباحدة الإلتهين في ضوء كاف ، ثم تحسس الشرج والمستقيم بالإصبع ، ثم فحص الشرج والقولون بالمنظار . وقد يبدو هذا إمعاناً في تشخيص مرض بسيط وواضح ومعروف للعامة ، ولكن أكبر خطأ يمكن أن نقع فيه أن ننقل نزف الدم من الشرج على أنه مجرد بواسير ليس لها ما وراءها ، كما في التهاب القولون التقرحي ، وجيوب القولون ، وأورام القولون وسلائكه . ويزداد الشك في هذه الاحتمالات إذا ظهر النزف لأول مرة في كبار السن ؛ هنا لابد من الفحص الدقيق الشامل .

العلاج : علاج البواسير يبدأ بالوقاية : تجنب الإمساك بالإكثار من الألياف مثل الرّدة والخضراوات والفواكه ، وتنفع في ذلك أيضاً المستخلصات النباتية التي تزيد من حجم البراز وتسهل مروره ، هناك أيضاً اللبوسات والمراهم الموضعية لتسكين الألم وتزليق البواسير . أما البواسير نفسها فيمكن تثبيتها بالحقن ، أو التبريد ، أو الكي الضوئي . وفي كبار السن يمكن ربط البواسير بشرائط مطاطية لمنع تهذل الغشاء المخاطي المتراخي . وأخيراً نلجأ إلى الاستئصال الجراحي إذا اختنقت البواسير ، أو تكرر النزف الغزير منها ، أو كانت مصاحبة لمشاكل أخرى تستدعي الجراحة كالشرخ أو الناسور .

بقي أن نحذر مضاعفات الجراحة التي تنشأ عنها أحيانا : مَلَس البراز بعد قطع العضلة العاصرة وفقد السيطرة ، وتضيق الشرج عقب الإفراط في استئصال بطانته .

(٢) الشرج الشرجى

الشرخ شق فى جلد الشرج ، ينشأ عادة من جرح سببه براز جاف صلب ، أو من باسور خارجى متجلط ومتقرح . يبدأ الشرخ كقطع تحت خط أسنان المشط ، عادة فى وسط فتحة الشرج من الخلف ، ويتورم الجلد حوله مكونا نتوءا عالقاً به . يسبب الشرخ ألماً شديداً عند التبرز ، ويستمر بعده فترة من تقلص العضلة العاصرة . وأحيانا يخرج الدم من الشرخ ويصبغ الورق أو الملابس ، ولكنه عادة أقل من دم البواسير .

شرخ الشرج قد يصيب الأطفال ويستجيب تلقائياً لعلاج الإمساك ، أما الكبار فقد يكفى فى الحالات الحادة الراحة التامة والحمامات الدافئة وتليين البراز والمهينات الموضعية ، وإلا لجأنا إلى الجراحة لإزالة الشق المقروح .
الوقاية هى بتجنب الإمساك ونظافة الشرج .

(٣) الخراج والناصور

يبدأ الخراج كالتهاب فى إحدى غدد الشرج أو تجاويفه الكامنة ثم ينتفخ ويصبح مصدراً للألم الشديد ، فإذا كان سطحياً أمكن تداركه بالمضادات الحيوية أو بشق محدود يُفرغ منه الصديد . أما إذا كان الخراج عميقاً فتصاحبه أعراض عامة كارتفاع الحرارة ، وتتورم المنطقة المحيطة بالشرج ، كما يمكن جسّه بالأصبع من خلال الشرج . مثل هذا الخراج يجب شقه فى أقرب فرصة وإلا تسرب ودفع طريقه إلى داخل الشرج أو إلى الجلد المحيط به وتحول إلى ناسور واحد أو أكثر . وهناك سبب آخر للنواسير المزمنة حول الشرج ، خاصة إذا تعددت ، وهو مرض كرون الذى سبق وصفه وقلنا عنه إنه نادر .

علاج الناسور بالجراحة ، ويحدّد مجراه باستعمال مسبار ، وهو قضييب

معنى رفيع يمر برفق من فتحة الناسور لتحديد مساره ومصدره ، ثم يُستأصل . ويحرص الجراح دائما على سلامة العضلة العاصرة الداخلية حتى لا يسبب سلس البراز .

الوقاية هنا أيضا بتجنب الإمساك ونظافة الشرج .

(٤) تدلّى الشرج

ويسميه العامة أيضا « سقوط الشرج » ، أو « خروج السُرم » [والسُرم كلمة فصيحة لغوياً ، ومعناها طرف المعى المستقيم] ، والناس يخلطون بينه وبين تدلى البواسير الداخلية أو تهذل الغشاء المخاطي للشرج ، أما تدلّى الشرج ففيه اندلاق كامل لكل طبقات جدرانه نتيجة لتسيبه وسهولة زحزحته ، ويساعد على ذلك الحرق الذى يرفع الضغط داخل البطن ، فيسهل بذلك خلعه من حضن عظم العَجَز .

أكثر حالات التدلى تحدث فى الأطفال وفى المسنين . فى الأطفال سببه الإمساك ، ويستجيب تلقائيا للعلاج متى تجنبنا ذلك . أما فى كبار السن فهو مصدر للمتاعب عند التبرز ، يتطلب رفعه باليد لإرجاعه ، وقد يتسلخ وينزف ، ويحتاج علاجه عادة إلى جراحة تُثبتته فى جوف العَجَز .

الوقاية بتجنب الإمساك والحرق .

(٥) سَلْسُ البراز

يقصد بذلك فقد القدرة على السيطرة والتحكم فى البراز نتيجة مرض فى عضلة الشرج العاصرة أو فى أعصابها . هذا المرض قد ينجم من تدخل جراحى كاستئصال البواسير أو الناسور أو شق العجان فى الولادة العسرة ، أو من مرض فى الجهاز العصبى كالشلل أو التهاب الأعصاب ، أو من

اضطراب نفسي كما في المعى العصبي ، أو من ارتخاء الشرج في المسنين ؛
أما في الأطفال فيندر أن يكون السبب خلقيا ، ويستجيب عادة للعلاج مع
الوقت . وأما الجراحة فلها دورها في تصليح العضلة العاصرة بخياطتها إذا
تمزقت .

(٦) الحكة ، والتهاب الجلد حول الشرج

حكة الشرج (الحكاك ، الهرش) لها أسباب كثيرة ، منها ما هو
موضعي ، ومنها ما هو عام . فمن الأسباب العامة : اليرقان ، والحساسية
العامة (الأرجية) ، والصدفية (وهي مرض جلدي عام ، ولكنه قد يتركز
حول العُجْز والعصعص والشرج ، ويتميز ببقعه الحمراء المكسوة بقشوره
الفضية) .

أما الأسباب الموضعية فمنها ما هو متعلق بالنظافة الشخصية من تراكم
فضلات البراز ، أو إفرازات الالتهاب والتقيح المصاحبة للناسور أو البواسير
أو الشرج ، أو حساسية الجلد من استعمال مراهم الشرج واللبوسات . ثم هناك
انتشار العدوى من المستقيم إلى الشرج كما في حالات الفطريات وخاصة
المونيليا ، (كانديدا) التي تعقب استعمال المضادات الحيوية ، وأكثر من
هذه ، العدوى بالديدان الخيطية أو الديدانية (أكسيورس) التي تنتشر في
الأطفال وتقلق ليلهم .

والعلاج ، طبعا ، يتوقف على السبب . والوقاية بتجنب الأسباب المذكورة
أعلاه .

الفصل السابع

البطن الحاد

يُقصد بهذه الحالة ألم شديد ومفاجيء في البطن ، محدد أو منتشر ، وقد يصاحبه قيء أو أعراض أخرى كسرعة النبض أو اضطراب الحرارة أو ضغط الدم ، ويستدعى الفحص الطبى العاجل ، وقد يحتاج إلى تدخل جراحى فى المستشفى .

أسبابه وعلاماته :

الأسباب كثيرة ، أهمها :

(أ) أسباب فى البطن :

- ١ - التهاب حاد فى الزائدة الدودية ، أو المرارة ، أو البنكرياس ، أو جيوب القولون ، أو بوق المبيض ، أو البريتون (كما فى حمى البحر الأبيض المتوسط) .
- ٢ - انسداد حاد فى الأمعاء ، أو فى القنوات المرارية ، أو فى الحالب .
- ٣ - التواء حاد فى القولون السينى أو الأعور ، أو فى كيس مبيضى .
- ٤ - انتفاخ حاد فى قرحة الاثنا عشرى أو المعدة ، أو فى الأمعاء .
- ٥ - نزف حاد من كيس مبيضى ، أو من حمل مُتَنَبِّذ (خارج الرحم) ، أو من تمزق الطحال ، أو من تمزق الأورطى أو انسداد شريان المساريقا .

(ب) أسباب خارج البطن :

بعض الأمراض تنشأ خارج البطن ولكن الألم ينتقل أو يُحال إليه ، مثال ذلك : احتشاء عضلة القلب من انسدادٍ حاد في الشريان التاجي يؤدي إلى ألم في أعلى البطن ؛ كذلك الالتهاب الحاد في الرئة أو في غشاء الرئة (البلورا) ينتشر ألمه إلى أعلى البطن ؛ والتهاب أعصاب الصدر كما في الحَلَأِ المِنطَقِي ينتشر ألمه إلى البطن . ثم هناك أمراض باطنة عامة قد تسبب آلاماً حادة في البطن ، منها البول السكري المصحوب بالأسيتون ؛ تحلل الدم الحاد ؛ التسمم بالرصاص ؛ حرمان المدمن من المخدرات حرماناً مفاجئاً ؛ الأرتكاليا ؛ العملاقة ، التي تصاحب المعدة أحياناً مع حساسية الجلد .

التشخيص : من الواضح إذن أن البطن الحاد يتطلب فحصاً دقيقاً ودراسة واسعة نظراً لتعدد الأسباب وخطورة الموقف ، يتعاون فيه الباطني مع الجراح ، ويحتاج إلى فحوص وخدمات متنوعة ، ومتابعة مستمرة لا تتوافر إلا في المستشفى .

يُسأل المريض ومراقبوه عن تفاصيل الأعراض وتاريخ المرض ، ويفحص البطن إكلينيكيًا : مكان الألم وملامسه ؛ وهل به ندوب من آثار عمليات سابقة تؤثر إلى التصاقات داخلية قد تسد الأمعاء ؟ وهل هناك فقر ممسود ، أو ورم بارز ، أو تقلصات وتموجات بادية للعيان ؟ وهل أصوات الأمعاء تزمجر وتقعقع من أثر الانسداد ، أم أنها ساكنة ساكنة من شلل الأمعاء في الالتهاب البريتوني ؟ وما موقف درجة الحرارة (مرفوعة في الالتهاب الحاد) ، وضغط الدم (منخفض في النزف) ، وسرعة النبض (سريع في أكثر الحالات) ؟ ثم يفحص القلب والصدر والظهر بحثاً عن أي مصدر للألم خارج البطن . ثم عشرات من التحاليل والوسائل المساعدة : صورة الدم وسرعة الترسيب ، فحص البول ، سكر الدم ، نسبة الأميلاز في الدم للكشف

عن البنكرياس ، رسم القلب الكهربائي ، فحص البطن والحوض بالموجات فوق الصوتية ، فحص البطن والصدر بالأشعة ، الخ ...

أسباب البطن الحاد إذن كثيرة ومتنوعة ، معظمها جراحية بطبيعتها ، ذكرنا بعضاً منها فيما سبق ، ويبقى الآن أن نعرض لبعض آخر من أهمها :

(١) التهاب الزائدة الدودية

يصيب التهاب الزائدة الدودية نحو ٦٪ من عامة الناس ، أكثرهم في العتدين الثاني والثالث من العمر ، وينشأ من انسداد الزائدة ثم انتفاخها والتهابها ، وقد تنفجر فتؤدي إلى الالتهاب البريتوني .

الأعراض : يبدأ الالتهاب الحاد عادة بألم في وسط البطن ، وقد يصاحبه غثيان أو قيء ، ولكن الألم سرعان ما ينتقل إلى الجانب الأيمن السفلي فتقبض العضلات فوقه وتتصلب . ومن علاماته أيضاً أن يُحس الألم في جانب البطن الأيمن عند غمز جانبه الأيسر ، أو يُحس الألم من خلال الشرج . ودرجة الحرارة وسرعة النبض قد تظل طبيعية أو ترتفع قليلاً . وتزيد حدة العلامات متى انفجرت الزائدة والتهب الغشاء البريتوني المغلف لها ، وعندئذ تَكُون خراجاً أو تورّماً محدوداً ، أو يشمل الالتهاب البريتون كله ، ويزداد عدد كريات الدم البيضاء مع انتشار الالتهاب .

التشخيص : تشخيص التهاب الزائدة الدودية ليس دائماً أمراً سهلاً ، خاصة في الأطفال وكبار السن والحوامل والبدنيين ، أو إذا كانت الزائدة في موضع غير عادي ، كأن تكون في أسفل الحوض أو في أعلى البطن أو على الناحية اليسرى . وهناك أيضاً أمراض أخرى يصعب أحياناً التفريق بينها وبين التهاب الزائدة ، منها : التهاب المرارة ، المغص الكلوي والتهاب حوض الكلية ، التهاب بوق المبيض ، تقلص القولون والنزلات المعوية .

العلاج والوقاية : إذا تأكد أن الزائدة ملتهبة التهابا حادا فالعلاج الأمثل هو الاستئصال العاجل بالجراحة ، إلا أن هناك استثناءات : (١) إذا كانت الحالة العامة سيئة ، والالتهاب البريتوني منتشرا ، نكتفى بالمضادات الحيوية بالإضافة إلى شفط المعدة وحقن المحاليل المناسبة . (٢) إذا كان الالتهاب قد انصرف ، أمكن تأجيل الجراحة حتى يحين الوقت المناسب فى المستقبل . (٣) إذا كان إجراء الجراحة صعبا أو مستحيلا ، كأن يُفاجأ المريض وهو فى البحر أو فى مكان غير متاح للإسعاف الطبى ، فالعلاج الوحيد هو الراحة والمضادات الحيوية . (٤) إذا تطور التهاب الزائدة إلى خراج أو تورم موضعى ، نلجأ إلى الراحة التامة والغذاء بالسوائل والمضادات الحيوية (مترونيدازول بالإضافة إلى أحد مركبات السيفالوسبورين من الجيل الثالث) ، مع المتابعة المستمرة لتسجيل النبض ودرجة الحرارة وحجم التورم . فإذا لم تستجب الحالة وجب علينا التدخل الجراحى لتصريف الخراج .

والتهاب الزائدة عادة مرض مفاجيء ليست له وقاية محددة ، وخير ما تفعله عند أول بادرة أن تلجأ إلى مشورة الطبيب .

(٢) حمى البحر الأبيض المتوسط

هذا مرض مجهول السبب ، يكاد يقتصر على شعوب شرقى البحر الأبيض المتوسط من عرب ويهود وأرمن ، وهو مرض وراثى قد يصيب أكثر من فرد فى الأسرة الواحدة ويكثر فى زواج الأقارب .

الأعراض : تبدأ الأعراض عادة فى العقد الأول أو الثانى من العمر . أهم علاماته أنه متقلب ودورى ، أى أنه فى نوبات متكررة تبدأ كل نوبة فجأة وتستمر من يوم إلى أربعة أيام ، ثم تنصرف إلى الحالة الطبيعية أسابيع أو

شهوراً أو سنواتٍ تعود بعدها إلى نوبة أخرى مفاجئة . يصاب المريض في النوبة بارتفاع الحرارة وبآلم شديد في البطن في أى جزء منه أو فيه كله ، وهو نوع أشبه بالالتهاب البريتونى تتصلب معه عضلات البطن فينحني المريض ويتقوس ، ولا يطيق لمس بطنه ، وتنتقل حركة الأمعاء فتتجم أصواتها ويغلب عليها الإمساك . وأحياناً تصاحب النوبة علامات أخرى : التهاب غشاء الرئة (البلورا) أو غشاء القلب (التامور) فتسبب ألم الصدر ، أو آلام في المفاصل ، أو صداع يكاد يشبه الحمى الشوكية . وأحياناً أخرى تهاجم آلام النوبة ولكن بدون حمى .

التشخيص : أهم ما يميز هذا المرض ، وتكرر مرة أخرى ، هو طبيعته الدورية وعنصر المفاجأة في دخوله وخروجه ، وبعد كل نوبة يحس المريض أنه معافى تماماً وفي أتم صحة . والمريض المخضرم يعرف ذلك جيداً ، بل يُطمئن طبيبه إذا كان حنئاً ويؤكد له أن حالته لا تستدعى التدخل الجراحى . ورغم ذلك رأيت كثيرين من هؤلاء المرضى تعرضوا لعملية استئصال الزائدة الدودية ، أو استئصال المرارة ، أو فتح البطن لاستكشافه . فحمى البحر الأبيض المتوسط ليست لها فحوص أو تحاليل خاصة بها ، وإنما نعتمد في تشخيصها على الوصف المميز لقصة المرض ولأعراض المريض وتاريخه ، وعلى استبعاد الاحتمالات الأخرى المشتبهة ، لأنها مرض « للتشخيص بالاستبعاد » كما يقولون .

المضاعفات : أهم المضاعفات التى نرغبها إذا طال المرض هي « النشوانية » ، وهى ترسب مادة شبه نشوية في الأنسجة وخاصة الكلوة مما يؤدي إلى « الكلاء » (وهو مرض مزمن يؤدي إلى تسرب بروتينات الدم من مصفاة الكلوة إلى البول) والفشل الكلوى في بعض الحالات .

العلاج : علاج حمى البحر الأبيض المتوسط ، وكذلك سببها ، مازال لغزاً ، ولكن الكثيرين ينتفعون بدواء كولشيسمين ، ويمنع تناول الدواء في

المرأة إذا تهيأت للحمل حرصا على الجنين ، ويعزّيها عن ذلك أن النوبة عادة تختفى تلقائيا طوال فترة الحمل .

■ ملحوظة أخيرة : بعض الناس يخلطون بين الحمى المالطية وسببها ميكروب البروسيلا ، وكان الناس يسمونها في الماضي حمى البحر الأبيض المتوسط ، وبين مرض آخر مجهول السبب هو الذي وصفناه ، واسمه الدقيق ، حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية ، ، فلزم التنويه !

(٣) الانسداد المعوي

انسداد الأمعاء قد يكون ميكانيكياً ، أى بسبب عائق فى جدار الأمعاء أو فى تجويفها أو من خارجها ، أو يكون لا فيناميكياً ، أى بسبب خمود فى حركة الأمعاء من شلل فى عضلاتها أو خلل فى أعصابها . كذلك قد يكون الانسداد غلويًا ، فى أعلى المعى الدقيق ، أو سُفليًا ، فى أنتى المعى الدقيق أو فى القولون . ثم نميز بين الانسداد الحاد والانسداد المزمن ، وكذلك بين الانسداد البسيط والانسداد المختنق المصحوب بانقطاع ورود الدم إلى الجزء المصاب . هذا التفريق أساسى لفهم طبيعة المرض ، وتفسير أعراضه وعلاماته ، وتشخيص أسبابه وما أكثرها ، ثم علاجه علاجاً جذرياً نافعاً .

(أ) الأسباب اللا فيناميكية : من أسباب شلل الأمعاء وتوقف حركتها ما هو موضعي كالتهاب البريتونى ، أو ضمور عضلات الأمعاء وتلف أعصابها كما فى إصابات الحبل الشوكى ، ومنها ما هو عام كالحميات الشديدة والتسمم واختلال الإلكتروليات فى الجسم .

(ب) الأسباب الميكانيكية : أهمها : أورام الأمعاء ، التهابات الأمعاء (مثل الدرن وجيوب القولون وقروح القولون ومرض كرون) ، التصاقات الأمعاء (عقب العمليات الجراحية) ، الفتق (أربى أو سرى أو فخذى) ،

التواء الأمعاء (خاصة القولون السيني) ، انغلاف الأمعاء (أى انغماد جزء من الأمعاء فى جزء آخر ، ظهرأ لبطن ، كما فى انغماد اللغافى فى الأعور ، وأشهره فى الأطفال) .

الأعراض والعلامات : يؤدى الانسداد إلى توقف حركة المعى ، جزؤه العلوى ينتفخ ويمتلئ بالإفرازات المتراكمة والهواء المبلوع والغازات المتولدة من التخمر ، وجزؤه السفلى فارغ . ثم يحتقن المعى ويتأزم إذا اختنق ويصبح معرضا للانقباب وانتشار الالتهاب اليريقونى .

وعلامات الانسداد المعوى الرئيسية أربع : (١) ألم فى وسط البطن ، يتلوى له المريض من شدة المغص . (٢) انتفاخ البطن ، خاصة فى الانسداد المزمن أو التواء القولون السيني . (٣) إمساك مطلق يشمل البراز والريح . (٤) قيء مستمر ، خاصة مع الانسداد العلوى . ثم هناك أيضا علامات الجفاف واختلال الإلكتروليات (الصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد والبيكربونات) . أما تسمع أصوات الأمعاء فيساعدنا أحيانا فى التفريق بين الانسداد الميكانيكى والانسداد اللا ديناميكى . وأما تصوير الأمعاء بالأشعة فدوره محدود .

العلاج والوقاية : العلاج ، بعد شفط المعدة وتعويض السوائل والالكتروليات بالمحاليل المناسبة ، علاج جراحى فى المقام الأول ، وأحيانا ينجح إدخال منظار القولون من خلال الشرج فى فك التواء القولون السيني وإعادته إلى حالته الطبيعية .

الفق هو السبب الوحيد (تقريبا) القابل للوقاية ، وذلك بعلاجه جراحيا قبل أن يستفحل .

الفصل الثامن

أمراض الجهاز الهضمي

في مراحل معينة ، وفي ظروف خاصة

(١) في الطفولة

تختلف أمراض الجهاز الهضمي في الأطفال عنها في البالغين لأكثر من سبب ، منها التشوهات الخلقية التي تصيب بعض الأفراد وتقرض نفسها في مرحلة مبكرة ، ومنها اختلاف البنية التشريحية والوظيفية والمناعية في الطفل عن البالغ حتى ولو كانت الأسباب واحدة . وأهم هذه الأمراض هي :

أولاً - أمراض التشوهات الخلقية :

١ - الرتق : من أهم التشوهات الخلقية التي تصيب القناة الهضمية ، حيث يمس مناطق معينة كالمريء أو الاثنا عشرى أو اللفائفى ، لأن المعى فى نشأته يبدأ أجوف ، ثم يستطيل فتتمدد بعض أجزائه وتتخلف أحياناً ويبقى مصمتة ، وهذا هو الرتق ، وهو يسبب القيء والإمساك بعد لحظات من الولادة .

وتحديد منطقة الانسداد قد يتطلب الفحص بالأسعة في مثل هذه المرحلة المبكرة ، لأن علاجه الجراحة العاجلة .

وهناك نوع من رفق الشرج مسببه غشاء مسدود في بهيم - - - -
ويمكن فضّه بجرّاحة بسيطة ، وأحياناً ينقبض صدفه من إدخال الترمومتر
لقياس الحرارة .

٢ - تضيق البواب التضخمي : من أكثر الأمراض الخلقية شيوعا في القناة الهضمية ، وهو عبارة عن ضيق واستطالة في المخرج البوابي للمعدة تحوطه عضلة عاصرة متضخمة ، تعوق المرور . وهذه الحالة تصيب الذكور أكثر من الإناث ، خاصة إذا كان الوليد بكرا ، وتسبب القيء المبكر الذي يبدأ عادة بعد فترة تمتد أسبوعا إلى أسبوعين من بداية الرضاعة ، وهو قيء مندفع بعد كل رضعة ، خالٍ من لون الصفراء (بعكس رتق الاثنا عشرى الذي يصطبغ قيؤه باللون الأصفر) ، وتُرى تموجات المعدة وانقباضها بالعين المجردة ، كما تُحس عضلة البواب المتضخمة كأنها ورم صغير في حجم الزيتون في يمين أعلى البطن . وأحيانا يتأخر ظهور الأعراض بعد شهرين أو نحوهما في صغار الأطفال المبتسرين .

والعلاج الناجع في معظم الحالات هو شق العضلة المتضيقة بالجراحة (عملية رامشند) .

٣ - ضخام القولون : هناك تشوه خلقى آخر يسمى مرض هيرشبرنغ أو ضخام القولون ، سببه اختلال عصبي من ضياع العقد العصبية في نهاية القولون والمستقيم ، وأعراضه المعتادة هي الإمساك والانتفاخ ، والأشعة تبين القولون المتضخم وراء المنطقة الضيقة ، وهي التي تُستأصل جراحيا إذا لزم الأمر ، وإن كان الكثيرون يعاشون هذا المرض ولا يرون منه أعراضا ملحّة تبرر الجراحة .

٤ - الزوائد الخلقية : هناك أيضا زائدة خلقية من اللفائفي تسمى رجب (رتج) ميكل ، وهي أنبوية من بقايا تكوين الجنين توجد في نحو ٢٪ من الأشخاص العاديين ولا تسبب مشكلة في معظم الحالات ، إلا أنها أحيانا تحتوى على أنسجة مماثلة لبطانة المعدة أو لخلايا البنكرياس وتصبح مصدرا للألم أو التقرح أو النزف ، ونادرا ما تؤدي إلى الانقلاب أو إلى الانسداد المعوي . هذه الأعراض قد تحدث في الأطفال أو في الكبار ، وتشبه عادة

مع التهاب الزائدة الدودية ، يصعب تشخيصها إلا بعد فتح البطن واستكشافه .

ثانيا - أخطاء الأيض :

إذا كانت التشوهات الخلقية أخطاء في تشريح الجسم واضحة جلية ، فهناك أيضا أخطاء أيضية دقيقة في كيمياء الجسم لها أعراضها ومظاهرها . و « الأيض » في علوم الحياة - كما عرفناه من قبل - هو حسيطة العمليات الكيميائية المعقدة المسئولة عن البناء والهدم في الجسم . وقد كشفت الوسائل الحديثة في دراسات البيولوجيا الجزيئية وهندسة الجينات عن عشرات من الأخطاء الأيضية التي تفسر الكثير من هذه الأمراض ، فهي « أخطاء مطبعية » في كتاب الحياة ، تفرض نفسها في مرحلة مبكرة وتظهر أعراضها بعد الولادة مباشرة في أكثر الحالات .

هناك مثلا عدة أنواع من اليرقان في حديثي الولادة سببها فرط خلقي في صفراء الدم (بيليروبين) نتيجة أخطاء في أيض الصفراء . وهناك أخطاء أخرى مسئولة عن تخزين السكريات أو الدهون في الكبد ، ولها أيضا أمراضها وأعراضها وخاصة تضخم الكبد . ثم هناك خطأ خلقي آخر يمنع تحليل الإفراز المخاطي للزج في غدد البنكرياس والشعب الهوائية وغيرها ، ويسبب تليف البنكرياس وتكيسه ، مما يؤدي إلى البراز الدهني من نقص إنزيم الليباز .

إذا انتقلنا إلى الأمعاء وجدنا الكثير من الأخطاء الأيضية التي تسبب سوء الامتصاص ، من أهمها نقص اللاكتاز ، وهو الإنزيم اللازم لهضم سكر اللبن ، وحساسية الأمعاء للجلوتين ، وهو المكون البروتيني من القمح وسبب إسهال الأطفال المعروف باسم « الجواف » (انظر : « سوء الامتصاص » في

هذا الكتاب) . وشبيه بذلك أيضا الحساسية لبعض الأغذية ، كما فى بروتين اللبن البقرى والبيض والسمك وفول الصويا .

ويقودنا هذا إلى الكلام على إسهال الأطفال . فالإسهال الحاد فى الأمعاء من عدوى فيروسية أو بكتيرية يشمل معها ، فى الأطفال عادة ، المعدة أيضا ؛ أى أن النتيجة قىء وإسهال شديد ، ومن هنا خطورة الجفاف واختلال الألكتروليتات فى الجسم الذى يتطلب الإسراع بتعويضه ، عن طريق الفم أو غيره . وقريب من ذلك أيضا النزلات المعوية التى تصيب الأطفال من عدوى أخرى خارج الأمعاء ، كما فى التهابات الرئة أو المسالك البولية أو الأذن والحلق .

أما الإسهال المزمن فى الأطفال ، فبالإضافة إلى أسباب سوء الامتصاص التى أسلفناها ، هناك أيضا التهابات النوعية (الدرن والطفيليات) وغير النوعية (مرض كرون وتقرح القولون) ، وأورام الأمعاء كالمسالك والمفوما (الورم اللمفى) ، ونقص المناعة سواء أكان خلقياً أم مكتسباً (مرض « الإيدز ») .

والنتيجة المحتومة للإسهال المزمن فى الأطفال هى سوء التغذية : هزال شديد يقابله انتفاخ البطن بالغاز وتراكم الماء فى الجسم (أديما) من قلة البروتين ، وأعراض مختلفة من نقص المعادن والفيتامينات الضرورية : أنيميا ، وكساح ، ونزف ، والتهاب الجلد واللسان والفم ، وتخلف فى نمو الجسم والعقل .

والوقاية هى بسرعة اكتشاف سبب الإسهال وعلاجه قبل أن يزمن : التهابات الأمعاء الميكروبية أو الطفيلية أو المناعية قابلة للعلاج الناجز والسيطرة عليها ؛ أخطاء سوء الامتصاص يمكن تلافيها كتجنب سكر اللبن

فى حالة نقص إنزيم اللاكتاز ، واستبعاد القمح ومنتجاته فى حالة الحساسية للجلوتين .

وفى كل الحالات يجب أن نستبق المضاعفات بتعويض العناصر الغذائية الناقصة : الكربوهيدرات والبروتينات اللازمة للطاقة وبناء الجسم ، المعادن والالكتروليتات ، وخاصة الحديد والكالسيوم والصوديوم والبوتاسيوم ، والفيتامينات بأنواعها ، ويغلب عادة أن نوفرها عن طريق الحقن لتعذر الامتصاص .

(٢) فى الشيخوخة

قلنا إن للطفولة طبيعتها ومشاكلها ، ونقول هنا إن للشيخوخة أيضا طبيعتها ومشاكلها ، ونضيف إلى ذلك أن النمط التركيبى لأعمار الناس يتجه إلى زيادة مطردة فى نسبة المسنين والمعمرين مع التحسن المستمر فى الوقاية والعلاج ، ويبدو ذلك أوضح فى بلاد العالم الثالث الآخذة بوسائل التقدم وأسباب الصحة .

تصاحب الشيخوخة تغيرات معروفة فى كل أجهزة الجسم ، وسنقتصر هنا على آثارها فى الجهاز الهضمى : منها مثلا نقص حاسة الشم والذوق ، ونقص إفراز اللعاب ، ومقووط الأسنان ، ونقص إفراز المعدة ، وضعف حركة الأمعاء ؛ أضف إلى ذلك أن تغيرات أجهزة الجسم الأخرى لها انعكاساتها على الجهاز الهضمى ، فالجسم متدخل ومتكامل . تصلب الشرايين مثلا وضيقها يقلل من تغذية الأمعاء وحيويتها . والتغيرات العصبية والنفسية ، وخاصة الاكتئاب ، التى تصاحب سن التقاعد ، أو من اليأس فى السيدات ، لها آثار عميقة واضطرابات وظيفية فى الجهاز الهضمى . ولكل سن ما يناسبها : التهاب الزائدة الدودية للأطفال والشباب ، لكنه نادر فى الشيخوخة ؛ أما التهاب المرارة فهو لأواسط السن وكباره ، لكنه نادر فى الأطفال .

ملاحظة أخرى ننبه إليها وهي فرط حساسية المسنين للأدوية وأهمية الحذر منها . بعض الأدوية يكفى للعلاج بها مقادير أقل من الجرعات المعتادة ، وكثير منها محفوف بالمخاطر : أدوية الأعصاب (جفاف الفم ، فقد الشهية ، الإمساك) ، أدوية الروماتيزم (قروح المعدة والاثنا عشرى) ، الهرمونات و « المقويات » (اليرقان واضطراب وظائف الكبد) ، المضادات الحيوية (التهاب اللسان والفم ، التهاب الأمعاء والإسهال) ، وأخيرا وليس آخرا : التدخين والخمر .

ولنتعرض الآن أمراض القناة الهضمية فى الشيخوخة :

(١) المريء :

فتق الحجاب الحاجز والتهاب المريء شائع فى هذه السن ، وأعراضه المعروفة هى الحرقان وألم الصدر . أما عسر البلع فأسبابه كثيرة ، منها ما هو فى جدار المريء نفسه ، كانقباض فتحة الفؤاد أو شلل فى أعصابه ، ومنها ما هو فى جوفه أو خارجه ، كالأورام .

الأمر المهم فى أى مرض أو عرض يعرض لأحد من المسنين أن ننكر دائما هذين الاحتمالين الخطيرين : ضيق الشرايين ، والسرطان ، وألا نألو جهدا ولا نهمل فحصا إلا عرفنا مصدره ، لأن العلاج رهن بالاكشاف المبكر والوقاية الفعالة . ويجدر بنا ، فى سن الشيخوخة بالذات ، ألا نبسط المشاكل ونصرفها على أنها مجرد اختلال وظيفى أو اضطراب نفسى . ألم الصدر أو فم المعدة قد يكون من ضيق شرايين القلب ، وعسر البلع قد يكون من ورم خبيث بالمريء .

(٢) المعدة :

رغم نقص الحموضة فى المعدة مع تقدم السن إلا أن القرحة الهضمية ما زالت شائعة ، وإن كانت قرحة المعدة فى ازدياد بالنسبة إلى قرحة الاثنا عشرى ، كما أن القرحة الهضمية تزداد فى المبدات بعد سن اليأس . وكثير من مرضى القرحة المعنن لا يشعرون بألم شديد أو بشكوى محددة ، والنزف فيهم غزير وعلاجه صعب . وقرحة جيب المعدة وكذلك حنيتها الكبرى تبعث دائما على الشك والحذر ، خاصة فى المعنن ، ولابد من متابعتها وأخذ عينات منها بالمنظار لاستبعاد الورم الخبيث .

وَضُمُورُ الغشاء المخاطى يزداد مع السن ، وهو مصدر لضعف الشهية وعسر الهضم ، وسبب لنوع من الأنيميا .

وورم قاع المعدة مشهور بالاختباء والاختفاء لأنه لا يعترض طريق الطعام ولا يعلن عن وجوده إلا بعد ضياع الوقت .

(٣) الأمعاء :

معظم أمراض الأمعاء المعروفة يمكن أن تصيب المعنن ، إلا أن للشيخوخة أمراضها الخاصة ، فتصلب الشرايين وضيقها مثلا يمكن أن يصيب الأمعاء دقيقتها وغلظها .

قصور الشريان المساريقى الذى يغذى الأمعاء مرض مزمن يسبب ألما فى وسط البطن عقب الطعام ويستمر ساعات ، ونسميه أحيانا « الذبحة البطنية » على غرار الذبحة الصدرية . هؤلاء المرضى يعزفون عن الطعام مخافة الألم ، وأحيانا من الغثيان أو القيء أو الإسهال ، وينقص وزنهم . والتشخيص يعتمد أساسا على وصف الأعراض لأن العلامات غير محددة ،

وأحيانا نلجأ إلى تلوين الشرايين بالأشعة . والعلاج يكون بتجنب التضمة ، واستعمال الأدوية الموسعة للشرايين ، ويندر أن نلجأ إلى الجراحة .

أما انسداد الشريان المبراري في حالة حادة تتطلب عادة التدخل الجراحي ، وسببه إما جلطة متسربة من القلب ، وإما تصلب في الشرايين أو تفككها . وأعراضه ألم في البطن مفاجيء وشديد ، وإسهال ممزوج بالدم ، وعلامات الصدمة المعروفة .

وأما قصور الشريان القولوني الملتهب ، فيصيب عادة الجزء الأيسر من القولون ويتشابه في أعراضه مع التهاب القولون التقرحي والتهاب ردوب أو رتوج (جيوب) القولون ، وله علامات مميزة في أشعة حقنة الباريوم توصف بأنها ، بصمات الأصابع ، من أثر احتقان الغشاء المخاطي وتورمه .

أمراض أخرى في الأمعاء : أمراض الأمعاء الأخرى الشائعة في الشيخوخة تشمل الإمساك المزمن وإحمان تعاطي المليّنات ، البواسير ، سلس البراز من ضعف عاصرة الشرج ، ردوب أو رتوج (جيوب) القولون ، الفتق الأربي ، أورام القولون والمستقيم ، التواء الأمعاء وانسدادها - ومعظمها أمور وصفناها من قبل ، إلا أننا نود أن ننبه إلى أهمية التشخيص المبكر للأمراض وخاصة السرطان قبل أن يستفحل ويصعب شفاؤه .

واحذر دائما الأعراض المفاجئة وغير المعتادة في كبار السن : فقد الشهية ، نقص الوزن ، أنيميا بدون سبب واضح ، إسهال مفاجيء أو إمساك مفاجيء ، ألم بالبطن أو عسر هضم ، دم في البراز واضح أو مختف ، يرقان بلا ألم (فُكّر في أورام البنكرياس والكبد والجهاز المراري) ، استسقاء لا يصاحبه ورم القدمين (فُكّر في أورام الكبد ومحتويات البطن الأخرى) ، حمى مجهولة السبب (فُكّر في أورام الجهاز الهضمي والجهاز اللمفي ، بما في ذلك الكبد والطحال ، ولا تنس أيضا الكلوة ١) .

الوقائية : تكون بالاعتدال في كل شئون الصحة وأمور الحياة : الطعام المنظم في مواعيد الغذاء ، الراحة والرياضة ، النشاط والنوم الكافي ، تجنب القلق والتوتر ، تجنب الإمساك ، الإقلال من الأدوية قدر الإمكان ، واللجوء إلى الطبيب عند أى بادرة تخل بنظام الحياة الرتيب .

(٣) في الحمل

تتميز فترة الحمل بتغيرات معينة تصاحبها أعراض وعلامات في الجهاز الهضمي ، من أسبابها مزاحمة الجنين وضغطه على جيرانه ، ومنها أسباب هرمونية ومناعية ونفسية أخرى .

فمن أكثر الأعراض شيوعا في الحمل :

١ - **الغثيان والقيء :** قيل إنه يصيب نحو ٥٠% من كل الحوامل ، وهو من علامات الحمل المبكرة ، خاصة في الصباح ، يبدأ نحو الأسبوع السادس وينتهي خلال الأشهر الثلاثة الأولى ، ولا يحتاج لأكثر من تنظيم الطعام وملطفات المعدة البسيطة . أما إذا كان القيء شديدا واستمر إلى الشهر الثالث فعلينا أن نفكر في الاحتمالات الأخرى : قرحة المعدة والاثنا عشرى ، الالتهاب الكبدى ، التهاب المرارة وحصواتها ، الاضطرابات العصبية والنفسية - ومثل هذه الحالات يُحتاج فيها إلى تعويض سوائل الجسم وعناصره الغذائية عن طريق الحقن ، وإجراء الفحوص اللازمة .

٢ - **حُرقة القلب (حرقان المعدة) :** شكوى أخرى شائعة بين الحوامل ، ميعادها الأشهر الثلاثة الأخيرة ، وسببها ارتجاع الحمض من المعدة إلى المرئ تحت ضغط الجنين ، وارتخاء العضلة العاصرة المحيطة بفتحة الفؤاد ، سواء أكانت مصحوبة بفق الحجاب الحاجز أم بدونه ، وتؤدى عادة إلى التهاب المرئ . وعلاجها ، كما سبق ، تنظيم الطعام إلى وجبات صغيرة

متعددة ، ورفع أعلى السرير ، وتجنب الانحناء ، وتناول الأدوية البسيطة المضادة للحموضة . وتنتهى هذه الحالة عادة بانتهاء الحمل .

٣ - الإمساك : شكوى أخرى شائعة ، سببها قلة الحركة وارتفاع العضلات ، وتستجيب لتناول الألياف كالرّدة والخضراوات والفواكه ، أو الأدوية البسيطة التى تزيد من حجم البراز (نورماكول ، ميتامويسيل) .

٤ - البواسير : وهى عادة مرتبطة بالإمساك ، ويكفى لها المراهم البسيطة الموضعية .

■ يلاحظ أننا نتجنب إعطاء الأدوية أثناء الحمل وخاصة الشهور الثلاثة الأولى مخافة المضاعفات والآثار الجانبية التى قد تؤثر على الجنين ، وقصة دواء ، ثاليدوميد ، الذى سبب تشوهات الأجنة قصة مشهورة ومازالت ماثلة للأذهان . ورغم أن الكثير من الأدوية الأساسية والفعالة لم تُعرف عنها مشاكل مرتبطة بالحمل أو بالأجنة ، إلا أننا ننصح دائما باستعمالها فى أضيق الحدود وللضرورة .

بقيت مجموعة من أمراض الكبد والمرارة المرتبطة بالحمل تحتاج إلى تفصيل يضيق عنه المجال .

الوقاية : بتجنب الإمساك ، والإكثار من الألياف فى الطعام وتفاذى زحم المعدة بالطعام .

(٤) فى مرضى السكر

يتعرض مرضى السكر أحيانا لمشاكل فى الجهاز الهضمي ، بعضها مرتبط بالكبد أو البنكرياس أو المرارة ، ومجالها كتاب قائم بذاته ، وبعضها الآخر متعلق بالقناة الهضمية ، وهو ما سنذكره .

فالمعدة كثيرا ما تصاب بالوهن وضعف الحركة ، وتؤدي إلى الانتفاخ والشعور بالامتلاء من بطء تفريغها ، وتستجيب أحيانا للعلاج بالأدوية المحركة للمعدة .

والأمعاء أيضا قد تصاب بالوهن والركود وتؤدي إلى الإمساك أو إلى الإسهال ، وإسهال الليل بالذات مقلق ومتقلب ، وقد يؤدي إلى سلس البراز ، وهو شائع في مرضى السكر القدامى الذين يهملون علاجهم .

وقد يشتكى مرضى السكر أيضا من متاعب المثانة أو ضعف القوة الجنسية ، وكلها مظاهر لالتهاب الأعصاب السمبثاوية ، والعلاج الحقيقي هو بتنظيم السكر تنظيما دقيقا ومواظبا ، غذاء ودواء .

وبعض هذه الحالات سببها ثلوث وتكاثر البكتيريا في الأمعاء ، وقد تؤدي إلى الإسهال الدهني ، وعلاجها بالمضادات الحيوية .

وأخطر من هذا في مرض السكر ما يعرف بـ « الأميتوتية » ، أو « الحماض » ، وهي من المضاعفات الشديدة وخاصة في الأطفال والأحداث الذين لا يتبعون جرعة الإنسولين اللازمة لعلاجهم ، عندئذ ترتفع نسبة الأميتوت في الدم وتسبب أعراضا شديدة في الجهاز الهضمي تؤدي إلى جفاف الجسم ونقص الكتروليتات اللازمة وقد تفضي إلى الغيبوبة . وتبدأ النذر الأولى بفقد الشهية والغثيان ، ثم القيء وألم البطن ، وقد ترتفع درجة الحرارة أو يزيد عدد كرات الدم البيض ، ويصبح الأمر عندئذ شبيها بالالتهاب البريتوني ، وهنا خطر الانتفاخ إذا فُتح البطن بغير داع ففسد العاقبة . أضف إلى ذلك أن أمثال هؤلاء المرضى يعانون عادة من النحافة وسوء التغذية ، وبعضهم يستهدفون للأمراض المعدية والنزلات المعوية مما يزيد من اختلال السكر وتصبح المشكلة كالدائرة المفرغة ، لا حل لها إلا بحسن المحاليل اللازمة والإلكتروليات والفيتامينات والإنسولين ، والمضادات الحيوية

إذا لزم الأمر ، وكل هذا يتطلب المتابعة الطبية المستمرة والتحاليل المعملية حتى تنقش الغمة .

(٥) فى مرضى الجلد

هناك علاقة وثيقة بين الجهاز الهضمى والجلد ، فكلاهما ينشآن من مصدر واحد فى المرحلة المبكرة من تكوين الجنين ، وكثير من مرضى الجلد ينصحهم أطباؤهم بالرجوع إلى أخصائى فى الجهاز الهضمى والكبد . ويضيق المجال للإسهاب فى ذلك الموضوع الطويل ، وإنما سنجتزئ ببعض النقاط الهامة .

احمرار الكفّين قد يكون طبيعيا ، وقد يحدث أثناء الحمل أو فى الحميات ، وهو أيضا من علامات مرض الكبد المزمن ، ويشاركه فى ذلك عناكب الأوعية الدموية وهى - كما أشرنا من قبل - شعيرات دموية رفيعة منتشرة من شريان صغير تشبه خيوط العنكبوت . أما اليرقان ، وهو اصفرار الجسم ظاهره وباطنه ، فهو علامة الكبد المعروفة .

أما احمرار الجسم فيحدث أحيانا من ورم الأمعاء المعروف بالسرطانان (الشبيه بالسرطان) ، وهو تورّد مفاجئ يشمل الوجه والرقبة وأعلى الجسم ، ويصاحبه ألم البطن والإسهال مع انتشار الورم إلى الكبد .

وَحُمَات الجلد شائعة ، تختلف أعدادها وأحجامها وأشكالها . وأماكنها ، وأكثرها حمراء أو ضاربة إلى الزرقة . هذه الوحُمَات عبارة عن تورّمات صغيرة من الأوعية الدموية ، وبعضها ينتشر فى الغشاء المخاطى المبطن للقناة الهضمية ويرى بوضوح بمنظار المعدة ومنظار القولون ؛ هذه الوحُمَات تنزف أحيانا وتصبح مصدرا للقلق ، ويندر أن تحتّم التدخل الجراحى . وشبيهه بذلك تمديدات الأوعية الدموية التى تغطى جلد الوجه والرقبة وباطن الأنف

والفم ، وتنتشر إلى الغشاء المخاطي للمعدة حيث تصبح مصدرا للنزف وللأنيميا . أما الفُرفرية ، وهى نزف دقيق من الشعيرات الدموية تظهر كنقط صغيرة حمراء على الجلد ، فيكثر حدوثها فى الأطفال من حساسية للبيكتريا أو لمأكولات أو أدوية معينة . هذه الحالة تصيب أيضا القناة الهضمية وتسبب ألم البطن والإسهال ، فإذا كان البراز ملوثا بالدم ظن البعض أن الطفل مصاب بانغماد معوى أو نحوه يستدعى التدخل الجراحى ، ولكن ظهور نقط الفرفرية على الجلد ينبئها عادة إلى السبب .

تفحج الجلد الغنغرينى من علامات التهاب القولون التقرحى ، ويبدأ كبثور متفحجة على جلد الرجلين ثم تتحول إلى قروح عميقة مؤلمة ، ضارية إلى اللون الأزرق فتشبه لون الغنغرينة . هذه البثور تعلن أحيانا عن مرض القولون قبل التنبه إلى وجوده ، وتشفى عادة بعد علاج الأمعاء .

تصلب الجلد حالة من نيبس النسيج الليفى الضام ، قد تقتصر على جزء محدود من جلد الجسم ، كالوجه واليدين ، أو تشمل مناطق أخرى أهمها المرىء والأمعاء - الأول كمصدر لسر البلع والتهاب المرىء ، والثانية كسبب لسوء الامتصاص والإسهال الدهنى .

تعجر الأصابع وهو تضخم فى أنسجة الصلبيات الطرفية والأظافر لأصابع اليدين والقدمين ، علامة مهمة وشائعة من علامات أمراض القلب والرئة والجهاز الهضمى ، يخصصنا منها : الجواف ، مرض كرون (كلاهما من أمراض الأمعاء الدقيقة) ، التهاب القولون التقرحى ، سلائك الأمعاء بما فيها سلائك البلهارسيا ، وبعض حالات تليف الكبد .

وعلى ذكر سلائك الأمعاء فلها أيضا علامات معروفة فى الجلد ، منها مرض جاردنر وهو عبارة عن أورام ليفية أو أكياس دهنية فى جلد الوجه وفروة الرأس والصدر والظهر والأطراف . أما متلازمة بويتز - بيجرز

فمرض نادر ، رأيت منه حالات في حياتي أقل من عدد أصابع اليدين ، واحدة
منهن كانت في العشرينات من عمرها ، جاءت تشكو من مغص متكرر
وإسهال شديد ، وكانت العلامة الوحيدة بالفحص الإكلينيكي هي بقع سوداء
صغيرة في جوف الفم وباطن الشفتين . كان منظار المعدة سلبيا ، ومنظار
القولون سلبيا . إلا أن فحص الأمعاء الدقيقة بأشعة الباريوم كشف عن عثرات
من السلائل .

كلمة أخيرة للقارىء

أما وقد فرغنا من رحلتنا الطويلة فى قناة الجهاز الهضمى ☐ فأرجو أن تكون قد استمتعت ، أو على الأقل أفدت منها شيئا . فقد كان هدفى ، أولا وآخرا ، أن أصحبك وأصاحبك ، إيماننا منى بضرورة المكاشفة وأهمية المصارحة بين الطبيب والمريض . أنا لا أزعم أنى جعلت منك طبيبا يشخص ويعالج ، فالتشخيص والعلاج من شأن الطبيب المؤهل والمتمرس وحده ، ولكنى حرصت قدر الاستطاعة أن أشرح لك طبيعة الجسم فى الصحة والمرض ، وكيف نقيه وكيف نعالجه . فالمرضى هو صاحب القضية الأول ، وهو المسئول الأول عن حياته ومصيره ، من حقه أن يفهم ، ويسعدنا أن نشاركه .

كان « فولتير » الفيلسوف والمفكر الفرنسى الشهير قليل الثقة بالأطباء وعلاجهم ، فالطبيب « يصب دواءً يعرف عنه القليل ، فى جسم يعرف عنه الأقل » . ونحن معشر الأطباء نحاول أن نكون أفضل من ذلك ، ☐ ونأمل من مرضانا أن يكونوا مثلنا .

رقم الإيداع بدار الكتب

١٩٩١ / ٧٤٥٧

مطابع الأهرام التجارية - قليوب - مصر

الأستاذ الدكتور أبو شادي الروبي



● الناس جميعا يتعرضون في يوم أو آخر ،
لمتاعب متفاوتة في الجهاز الهضمي .
والمعرفة شرط أساسي لوقاية هذا الجهاز
وحمايته .

● والدكتور أبو شادي الروبي هو خير من يقدم
هذه المعرفة . فقد نذر جهده لما يزيد على
٤٠ عاما لطب الجهاز الهضمي ، وشغل
منصب رئيس مجلس أقسام الأمراض الباطنة
الخاصة بطب قصر العيني ، وله فيه أكثر
من ١٠٠ بحث عالمي ، وتخرج على يديه
مئات الأساتذة والاختصاصيين ، وأدخل به
كثيرا من الوسائل والمفاهيم الحديثة .

● والدكتور الروبي عضو بمجمع اللغة العربية وبالمجمع العلمي المصري وباللجنة
القومية لتاريخ وفلسفة العلوم وبأكاديمية البحث العلمي ، ومستشار لوزارة الصحة ،
وله عدد كبير من المؤلفات العلمية ، وهو حاصل على وسام العلوم والفنون من
الطبقة الأولى .

الناشر

صدر من هذه السلسلة

□ الغذاء المناسب

كيف نختاره ؟

أ . د . صلاح عيد

□ الأمراض العصبية

ماذا تعرف عنها ؟

أ . د . محمد عماد فضلي

□ القلب وأمراضه

أ . د . عبد العزيز الشريف

□ طفلك

كيف تحميه من الأمراض الشائعة ؟

أ . د . حسين كامل بهاء الدين

□ العلاج الطبيعي

لماذا ؟

أ . د . أحمد خالد